

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202402195

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 13 februari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 februari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 24 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 april 2025 aan verzoeker gestuurd. Op 29 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 1 mei 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 25 juni 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend *** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen Aanvullend Tand** en Extra zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft op 28 augustus 2024 een liesbreukoperatie in Duitsland ondergaan. De kosten hiervan heeft hij – samen met de kosten van de reis en het verblijf – op 3 september 2024 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 2.3. Bij brief van 17 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de behandeling in Duitsland gedeeltelijk worden vergoed, namelijk tot een bedrag van maximaal € 1.699,16. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij geen vergoeding krijgt voor de gemaakte reis- en verblijfskosten.

- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 5 december 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 dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Duitsland uitgevoerde liesbreukoperatie volledig te vergoeden. Verder heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de hiermee samenhangende reis- en verblijfskosten dient te vergoeden.

- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker in zijn brief van 13 februari 2025 toegelicht dat hij heeft gekozen voor behandeling door een medisch specialist in het buitenland, omdat hij twijfels had over de in Nederland voorgestelde behandeling met een herniamatje. Volgens verzoeker is sprake van een ‘expertisebehandeling’ en bestaat daarom aanspraak op volledige vergoeding van zowel de behandeling als de reis- en verblijfskosten.

In een telefoongesprek in januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker expliciet verteld dat de reis- en verblijfskosten, als onderdeel van een ‘expertisebehandeling’, (mogelijk) zouden worden vergoed. Verzoeker is gerustgesteld met de boodschap dat de vergoeding geen probleem zou zijn, mits de benodigde facturen zouden worden aangeleverd. Door dit gesprek is bij verzoeker de indruk gewekt dat een toezegging werd gedaan.

Op grond van de verzekeringsvoorwaarden bestaat aanspraak op vergoeding van zowel de reis- als verblijfskosten in geval van een ‘expertisebehandeling’ in het buitenland. Uit de voorwaarden blijkt dat, wanneer sprake is van toestemming voor een dergelijke ‘expertisebehandeling’, bedoelde kosten volledig kunnen worden vergoed, tot een maximum van € 5.000,-. De vergoeding omvat het vervoer per vliegtuig, openbaar vervoer en eigen vervoer, alsmede de kosten van overnachtingen in de buurt van het ziekenhuis. Aangezien de behandeling in Duitsland als ‘expertisebehandeling’ moet worden beschouwd, en verzoeker hiervoor toestemming heeft gekregen, bestaat aanspraak op volledige vergoeding van de reis- en verblijfskosten. De gemaakte kosten zijn in lijn met de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel slechts € 1.700,- van de € 5.000,- vergoed, waardoor verzoeker meer dan € 3.300 heeft voorgesloten, welke kosten nu niet worden vergoed. Deze kosten bestaan onder andere uit de reis- en verblijfskosten ten bedrage van € 2.000,-. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding afgewezen omdat geen sprake zou zijn van een ‘expertisebehandeling’. Dit betreft mogelijk een misverstand. De ziektekostenverzekeraar heeft immers telefonisch bevestigd dat de kosten zouden worden vergoed.

- 3.3. Bij klachtenformulier van 10 december 2024 heeft verzoeker toegelicht dat de keuze voor de behandeling in Duitsland geen gemakkelijke beslissing is geweest. Deze beslissing is volledig gebaseerd op een medische noodzaak en bij gebrek aan veilige alternatieven in Nederland. Een chirurg in opleiding concludeerde in zijn onderzoek bij het Maxima Medisch Centrum: “Twee tot zes procent van de patiënten ontwikkelt ernstige pijnklachten door het gebruik van een mesh. Deze pijn, ook wel “matpijn” genoemd, kan vaak alleen worden opgelost door het verwijderen van het implantaat”. Voor patiënten als verzoeker biedt de Nederlandse zorg geen adequate alternatieven als zij dit risico willen vermijden. Dit is ook benadrukt in een uitzending van het programma Radar, waarin tientallen patiënten ervaringen deelden, en er werd gewezen op het gebrek aan behandel mogelijkheden zonder mesh in Nederland. De behandeling in Duitsland bracht aanzienlijke financiële lasten met zich. De behandeling zelf heeft € 3.000,-- gekost. Hiervan is een bedrag van € 1.699,16 vergoed. De reis- en verblijfskosten zijn volledig voor rekening van verzoeker gebleven. Hiervoor heeft hij geld moeten lenen. Het is schrijnend dat patiënten, ondanks dat zij jarenlang premie betalen, moeten aankloppen bij anderen om noodzakelijke zorg te kunnen bekostigen. De huidige richtlijnen dwingen patiënten om keuzes te maken die buiten hun financiële bereik liggen. Dit maakt dat verzekerden de dupe worden van een systeem dat

onvoldoende rekening houdt met de behoeften van patiënten. Patiënten worden beperkt in hun keuzevrijheid door het ontbreken van gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieders die veilige alternatieven bieden. De verplichting om zelf de kosten voor te schieten en het lage vergoedingspercentage bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders, leggen een zware last op patiënten. Patiënten zouden niet gedwongen moeten worden om kosten te maken die zij zich niet kunnen veroorloven, simpelweg omdat veilige alternatieven binnen Nederland ontbreken.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan het reeds toegekende bedrag. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn reactie van 24 april 2025 aan de commissie toegelicht dat verzoeker ervoor heeft gekozen naar een andere EU-lidstaat – namelijk Duitsland – te gaan om daar zorg te ontvangen. In deze situatie is sprake van planbare zorg. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van deze zorg op basis van het sociale zekerheidsstelsel van de andere EU-lidstaat als de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Verzoeker heeft bij brief van 25 januari 2024 toestemming gekregen voor de liesbreukoperatie in Duitsland. Aan hem is daartoe een S2-formulier verstrekt. Na de operatie heeft verzoeker de nota van de operatie en de reis- en verblijfskosten bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

Op grond van de door verzoeker afgesloten zorgverzekering, welke een naturapolis betreft, bestaat bij niet-gecontracteerde zorg aanspraak op vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar deze zorg heeft ingekocht (bij gecontracteerde zorgaanbieders). Dit volgt uit artikel 4.3.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra zijn terug te vinden op de website van ziektekostenverzekeraar.

In eerste instantie heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van € 1.699,16 per abusief vastgesteld aan de hand van DBC-zorgproductcode 15B248. De omschrijving bij deze DBC-zorgproductcode luidt: *‘Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij problemen in de vroege zwangerschap of zwangerschap eindigend in een miskraam’*. Echter, in het geval van verzoeker is de meest passende DBC-zorgproductcode 15B428 met als omschrijving: *‘Enkelzijdige open operatie bij een liesbreuk’*. De maximale vergoeding voor deze DBC-zorgproductcode bedraagt € 1.639,28. Dit betekent dat verzoeker een hogere vergoeding heeft ontvangen dan waarop op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat. Dit meerdere wordt niet door de ziektekostenverzekeraar teruggevorderd.

- 4.2. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat op grond van artikel 4.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering sprake is van een ‘expertisebehandeling’ als het gaat om (i) een medische behandeling in het buitenland, die (ii) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en waarop een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen en die (iii) in Nederland niet wordt geleverd. De beoordeling hiervan is aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Het staat niet ter discussie dat de door verzoeker in Duitsland ondergane liesbreukoperatie voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en dat hij daarop redelijkerwijs was aangewezen. In Nederland wordt een liesbreukoperatie zonder matje ook uitgevoerd. Dit wordt door verzoeker niet betwist. Aan de voorwaarde (iii) dat de betreffende zorg in Nederland niet wordt geleverd, is derhalve niet voldaan. Bovendien moet volgens voornoemd artikel sprake zijn van voorafgaande toestemming, en deze ontbreekt. Verzoeker heeft geen toestemming gekregen voor de liesbreukoperatie in het kader van een ‘expertisebehandeling’. De ziektekostenverzekeraar spreekt in zijn brief van 25 januari 2025 ook niet over een ‘expertisebehandeling’ waarvan de volledige kosten worden vergoed omdat de zorg in Nederland niet wordt geleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat een dergelijke toezegging ook niet blijkt uit de notities van de telefoongesprekken.

Er bestaat tevens geen aanspraak op vergoeding van de reiskosten op grond van artikel 17.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dit artikel is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op ziekenvervoer. Verzoeker valt niet onder één van de in dit artikel genoemde patiëntengroepen. Ook voldoet hij niet aan de zogenoemde 'hardheidsclausule'. Er is immers geen sprake van de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, waardoor hij langdurig is aangewezen op ziekenvervoer.

- 4.3. Bij brief van 29 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie meegedeeld dat de Duitse sociale ziektekostenverzekering tot € 367,43 dekking biedt voor de door verzoeker ondergane operatie. Dit betekent dat verzoeker geen recht heeft op een hogere vergoeding van het reeds toegekende bedrag van € 1.699,16.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg, en zittend ziekenvervoer zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante bepalingen uit Verordening (EG) nr. 883/2004 en Verordening (EG) nr. 987/2009. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Verordening

- 6.2. Verzoeker is naar Duitsland gegaan om daar een liesbreukoperatie te ondergaan. Het gaat hier om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Duitsland - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als de zorg (i) onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 januari 2024 aan verzoeker toestemming gegeven voor de operatie in Duitsland op grond van artikel 20 van Verordening (EG) 883/2004 en hem daartoe een zogenoemd S2-formulier verstrekt. Op basis van dit formulier kon de Duitse zorgaanbieder de kosten van de operatie rechtstreeks declareren bij het uitvoeringsorgaan van de Duitse sociale ziektekostenverzekering. Als het S2-formulier niet wordt gebruikt of wordt geweigerd door de zorgaanbieder, en hierdoor zorgkosten voor rekening van de verzekerde blijven, bepaalt artikel 26, zesde lid, in verbinding met artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009 welke mogelijkheden er in dat geval zijn tot vergoeding. De eerste mogelijkheid is dat de verzekerde zich met het verzoek om vergoeding rechtstreeks richt tot het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering van de andere EU-lidstaat, in dit geval Duitsland. De tweede mogelijkheid is dat de verzekerde de kosten declareert bij het bevoegde uitvoeringsorgaan in het eigen land, in dit geval de

ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar kan de zorgkosten vervolgens vergoeden op basis van het tarief zoals dat in de andere EU-lidstaat wordt toegepast.

- 6.4. In de situatie van verzoeker is geen gebruik gemaakt van het afgegeven S2-formulier, kennelijk omdat de kliniek in Duitsland dit heeft geweigerd. Verzoeker heeft geen verzoek om vergoeding ingediend bij het Duitse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering, maar de nota van de behandeling gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Daarom geldt dat deze, op grond van artikel 26, zesde lid, in verbinding met artikel 25, vijfde lid van Verordening (EG) nr. 987/2009, een tarifieringsverzoek moet doen bij het Duitse uitvoeringsorgaan. In het onderhavige geval blijkt uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde reactie van het Duitse uitvoeringsorgaan op zijn tarifieringsverzoek dat de Duitse sociale ziektekostenverzekering tot € 367,43 dekking biedt voor de door verzoeker ondergane operatie. Nu deze vergoeding lager is dan het bedrag van de werkelijke kosten van de behandeling, volgt uit artikel 26, zevende lid, van voornoemde verordening, dat aanspraak bestaat op vergoeding volgens de verzekering van de bevoegde lidstaat, dat wil in dit geval zeggen: de zorgverzekering. De commissie overweegt daarover als volgt.

Zorgverzekering, kosten van de operatie

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief voor de operatie, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 1.639,28. Toegezegd is evenwel een vergoeding van € 1.699,16. Het verschil zal door de ziektekostenverzekeraar niet worden teruggevorderd. De commissie neemt dat bij de beoordeling tot uitgangspunt.
- 6.6. De commissie stelt vast dat verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten op basis van een naturapolis. Gelet op artikel 13 Zvw is het uitgangspunt bij dit type verzekering dat gebruik wordt gemaakt van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De zorgverzekeraar mag de hoogte van de vergoeding bepalen als de verzekerde de zorg of andere dienst wenst af te nemen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze bevoegdheid vindt zijn begrenzing in het zogenoemde ‘hinderpaalcriterium’. In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar invulling gegeven aan deze bevoegdheid door in artikel 4.3.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering uit te werken op welke wijze hij de hoogte van de vergoeding bepaalt als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval worden de kosten van verzekerde zorg vergoed tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor hij deze zorg heeft ingekocht (bij gecontracteerde zorgaanbieders). De door de ziektekostenverzekeraar dienovereenkomstig vastgestelde vergoedingen zijn te vinden in de lijst ‘Vergoedingen niet-gecontracteerde zorg Medisch Specialistische Zorg 2024’, die onder meer raadpleegbaar is via zijn website. In deze lijst wordt onderscheid gemaakt tussen zorg in een ziekenhuis en zorg buiten een ziekenhuis, in een Zelfstandig Behandel Centrum.
- 6.7. Verzoeker heeft de juistheid van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code en het bijbehorende gemiddeld gecontracteerde tarief niet bestreden. Voorts kan als vaststaand worden aangenomen dat hij niet in een ziekenhuis is behandeld. Dit leidt tot de conclusie dat de vergoeding van € 1.639,28 overeenkomstig de voorwaarden van de zorgverzekering is vastgesteld. Door verzoeker is geen beroep gedaan op eerdergenoemd hinderpaalcriterium, terwijl de toegepaste korting van 25% op het gemiddeld gecontracteerde tarief voor de zorg ook geen feitelijke hinderpaal lijkt op te leveren voor de gemiddelde zorggebruiker.
- 6.8. Een andere vraag is of de ziektekostenverzekeraar invulling heeft gegeven aan de op hem rustende zorgplicht als bedoeld in artikel 11 Zvw. Hierbij is opvallend dat hij enerzijds heeft gesteld dat de liesbreukoperatie zonder matje ook in Nederland kan plaatsvinden, terwijl hij anderzijds wel is

overgegaan tot afgifte van een S2-formulier. Verzoeker is daarbij niet bemiddeld naar een gecontracteerde zorgaanbieder. Daar staat tegenover dat verzoeker nadrukkelijk wilde kiezen voor deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zodat niet kan worden geconcludeerd dat de zorgplicht is geschonden en de ziektekostenverzekeraar daarom de kosten van de operatie volledig moet vergoeden. Hetgeen verzoeker in dit verband heeft gesteld over de beschikbaarheid van de zorg en het tv-programma Radar moet de commissie voor kennisgeving aannemen, nu verzoeker de ziektekostenverzekeraar niet om zorgbemiddeling heeft gevraagd en hem de gevraagde toestemming op basis van de verordening werd verleend.

Zorgverzekering, reis- en verblijfskosten

- 6.9. De zorgverzekering kent dekking voor de kosten van ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer. Van ambulancevervoer is geen sprake. Om in aanmerking te komen voor zittend ziekenvervoer moet betrokkene behoren tot één van de in artikel 17.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering genoemde categorieën van verzekerden. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.13 Bzv. Verzoeker behoort hier niet toe. Ook voldoet hij niet aan de voorwaarden van de zogenoemde hardheidsclausule. De zorgverzekering biedt geen dekking voor verblijfskosten. Het voorgaande leidt tevens tot de conclusie dat op basis van artikel 26, achtste lid, van Verordening (EG) 987/2009 geen aanspraak bestaat op vergoeding van de reis- en verblijfskosten.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.10. Indien sprake is van een 'expertisebehandeling' bestaat op grond van artikel 4.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op vergoeding van reis- en verblijfskosten tot het daar genoemde maximum van € 5.000,-. Hiervoor gelden voorwaarden, waaronder de voorwaarde dat de ziektekostenverzekeraar voorafgaande toestemming moet hebben gegeven voor vergoeding. Het staat vast dat in het kader van de gestelde 'expertisebehandeling' door verzoeker geen voorafgaande toestemming is gevraagd en dat deze ook niet is verleend door de ziektekostenverzekeraar. De toestemming zoals verleend in de brief van 25 januari 2024 in het kader van de verordening kan naar het oordeel van de commissie niet als zodanig worden bestempeld.

Partijen zijn vervolgens erover verdeeld of met betrekking tot de reis- en verblijfskosten apart toestemming van de ziektekostenverzekeraar had moeten worden gevraagd en verkregen. De commissie begrijpt de stelling van verzoeker aldus dat de ziektekostenverzekeraar in januari 2024 telefonisch heeft verklaard de reis- en verblijfskosten te vergoeden als hiervan facturen worden overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden, waarbij hij heeft verwezen naar de ontbrekende toestemming voor een 'expertisebehandeling' en de gespreksnotitie.

De commissie overweegt dat, nu verzoeker onder verwijzing naar een telefoongesprek aanspraak maakt op vergoeding van de desbetreffende kosten, gelet op artikel 150 Rv, de stelplicht en bewijslast ter zake op hem rust. Dit betekent dat hij feiten en omstandigheden moet stellen en, bij betwisting daarvan, aannemelijk moet maken waaruit volgt dat hem, in afwijking van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, een ongeclausuleerde en eenduidige toezegging is gedaan. Weliswaar heeft verzoeker gesteld dat hij in een telefoongesprek van januari 2024 door de ziektekostenverzekeraar is gerustgesteld dat zijn reis- en verblijfskosten zouden worden vergoed, maar de ziektekostenverzekeraar heeft zich daartegen gemotiveerd verweerd met de stelling dat hiervan niet blijkt uit zijn notities van telefoongesprekken, zoals door hem in deze procedure overgelegd. De commissie kan bij die stand van zaken niet concluderen dat verzoeker zijn stelling op dit punt voldoende aannemelijk heeft gemaakt.

Slotsom

- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 augustus 2025,

B.L.A. van Drunen

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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. (...)*”

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
 2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
 3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.
 4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.
 5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.
- Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.
6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
 7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.
 8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.
 9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.
 10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

Artikel 26

Geplande geneeskundige verzorging

A) Toestemmingsprocedure

1. Voor de toepassing van artikel 20, lid 1, van de basisverordening wordt door de verzekerde een door het bevoegde orgaan verstrekt document aan het orgaan van de verblijfplaats overgelegd. Voor de toepassing van dit artikel wordt onder bevoegd orgaan verstaan het orgaan dat de kosten van de geplande behandeling voor zijn rekening neemt; in de in artikel 20, lid 4, en artikel 27, lid 5, van de basisverordening bedoelde gevallen, waarin de in de lidstaat van de woonplaats toegekende verstrekkingen op basis van vaste bedragen worden vergoed, is het bevoegde orgaan het orgaan van de woonplaats.
2. De verzekerde die niet in de bevoegde lidstaat woont verzoekt om de toestemming aan het orgaan van de woonplaats, dat het verzoek onverwijld aan het bevoegde orgaan doorzendt. In dat geval geeft het orgaan van de woonplaats in een verklaring aan dat in de lidstaat van de woonplaats is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening. De gevraagde toestemming kan door het bevoegde orgaan alleen geweigerd worden indien, in overeenstemming met het oordeel van het orgaan van de woonplaats, in de lidstaat van de woonplaats van de verzekerde niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening, of indien dezelfde behandeling binnen een medisch verantwoorde termijn, gelet op de gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop van de betrokkene, in de bevoegde lidstaat zelf kan worden gegeven. Het bevoegde orgaan stelt het orgaan van de woonplaats in kennis van zijn besluit. Is binnen de in de nationale wetgeving vastgestelde termijnen geen antwoord ontvangen, dan wordt de toestemming geacht door het bevoegde orgaan te zijn verleend.
3. Indien een niet in de bevoegde lidstaat woonachtige verzekerde een dringende levensreddende behandeling nodig heeft en de toestemming niet kan worden geweigerd op grond van de tweede zin van artikel 20, lid 2, van de basisverordening, wordt de toestemming door het orgaan van de woonplaats verleend namens het bevoegde orgaan, dat onverwijld door het orgaan van de woonplaats wordt ingelicht. Het bevoegde orgaan aanvaardt de bevindingen en behandelingskeuzen van artsen die zijn erkend door het orgaan van de woonplaats dat toestemming verleent met betrekking tot de noodzaak van een dringende levensreddende behandeling.
4. Tijdens de procedure voor het verlenen van de toestemming behoudt het bevoegde orgaan steeds de mogelijkheid de verzekerde door een door het orgaan gekozen arts in de lidstaat van de woon- of verblijfplaats te laten onderzoeken.
5. Het orgaan van de verblijfplaats stelt, onverminderd enige beslissing inzake de toestemming, het bevoegde orgaan in voorkomend geval ervan in kennis dat een aanvulling op de door de toestemming gedekte behandeling uit medisch oogpunt nodig blijkt.

B) Rechtstreekse betaling van de door de verzekerde gemaakte kosten in verband met verstrekkingen

6. Onverminderd lid 7, is artikel 25, leden 4 en 5, van de toepassingsverordening van overeenkomstige toepassing.
7. Indien de verzekerde de kosten voor een medische behandeling waarvoor toestemming is verleend geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald en de kosten die het bevoegde orgaan op grond van lid 6 verplicht is aan het orgaan van de verblijfplaats of aan de verzekerde zelf te vergoeden (werkelijke kostprijs) lager zijn dan de kosten die het voor dezelfde behandeling in de bevoegde lidstaat zou hebben moeten dragen (fictieve kostprijs), dan vergoedt het bevoegde orgaan op verzoek de door de verzekerde gemaakte kosten van de behandeling tot het bedrag waarmee de fictieve kostprijs de werkelijke kostprijs overstijgt. Het vergoede bedrag mag evenwel niet hoger zijn dan de werkelijke kosten van de verzekerde, waarbij ook rekening kan worden gehouden met het bedrag dat de verzekerde zou hebben moeten betalen indien de behandeling in de bevoegde lidstaat had plaatsgevonden.

C) Reis- en verblijfkosten in het kader van een geplande behandeling

8. Indien toestemming is verleend voor een behandeling in een andere lidstaat, en de nationale wetgeving van het bevoegde orgaan voorziet in de vergoeding van de aan de behandeling verbonden reis- en verblijfkosten van de verzekerde, worden deze kosten voor de betrokkene en zo nodig voor een begeleider door dat orgaan betaald.

D) Gezinsleden

9. De leden 1 tot en met 8 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerden.

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 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
 - c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
 - d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
 - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

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

3.6.3 Aanvullende betaling

Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

3.7 Geen recht op zorg die op grond van een andere wet wordt vergoed

U heeft geen recht op vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (WLz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. De aard van de zorgbehoefte bepaalt uit welke wet u de zorg vergoed krijgt. Als er onduidelijkheid bestaat over de aanspraak, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (zoals CIZ, gemeente, zorgverlener, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. De aanspraak onder de Zvw eindigt wanneer de zorg kan worden bekostigd onder de WLz.

A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

4.1 Recht op zorg bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit:

- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners);
- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de ZBC verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een ZBC alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of ZBC's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

Omzetplafonds

1. Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
2. Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.
3. Via de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
4. Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2024, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2024 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2024. Houd u hier rekening mee.

Let op!

Heeft u een combinatiepolis? Dan hebben omzetplafonds met uitzondering van [B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving \(extramuraal\)](#) en [B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(tweedelijns GGZ\)](#), geen gevolgen voor uw recht op vergoeding. Wel kan het bijvoorbeeld zo zijn dat u nota's in het vervolg zelf moet indienen.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke tarieven er gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

Let op!

Dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende verzekering. In artikel [C.2.1 Wat wij vergoeden](#) leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

4.3.1 Naturapolis (Basis Zeker)

Heeft u een naturapolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet-gecontracteerde zorgverleners, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief voor Zelfstandige Behandelcentra's (ZBC's) wordt uitgegaan van de ZBC-tarievenlijst. De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voor onderzoek (eerstelijns diagnostiek) dat de huisarts of verloskundige voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgverlener wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief? Dan kunt u het bedrag bij ons opvragen. De lijst met tarieven is ook te vinden op onze website.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het Wmg-tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u (een indicatie van) dit bedrag bij ons opvragen.

4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget)

Naast de in artikel [4.2](#) genoemde beperking bij zorg en/of behandelingen die wij niet in elk ziekenhuis of ZBC hebben gecontracteerd, geldt dat u met een Basis Budget voor medisch specialistische zorg (artikel [B.23 Plastische chirurgie](#), [B.24.1 Medische specialistische revalidatie](#), [B.25 Second Opinion](#), [B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf](#), [B.31.1 IVF of ICSI](#) en [B.31.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen](#)) bij een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland terecht kunt. Dit noemen wij selectieve contractering. De voor de Basis Budget gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Gaat u naar een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is voor de Basis Budget? Dan krijgt u een lagere vergoeding. Deze vergoeding is net als bij een gewone naturapolis maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Uitzondering hierop vormt de operatie voor prostaatkanker. Hiervoor geldt de selectieve contractering niet. U kunt terecht in alle ziekenhuizen die wij voor prostaatkankeroperaties gecontracteerd hebben.

4.3.3 Voor deze zorg kunt u ook bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit de artikelen [4.3.1](#) en [4.3.2](#) niet. Het gaat om:

- a. spoedeisende zorg;
- b. verloskunde;
- c. behandelingen die vallen onder 'overige zorgproducten', zoals kaakchirurgie, laboratoriumonderzoek of röntgenfoto's;
- d. behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
- e. zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- f. behandelingen die vallen onder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
- g. vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m f, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel [A.15](#).

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan kunt u dit tarief bij ons opvragen. Op onze website vindt u ook een lijst met de tarieven op basis van 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

Let op!

Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis Zilveren Kruis afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

17.2 Ziekenvervoer

Reist u regelmatig van en naar zorgverleners of zorgverlenende instellingen? Dan heeft u mogelijk recht op de vergoeding van kosten van ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een vergoeding van € 0,38 per kilometer bij vervoer per eigen auto. U heeft recht op:

- a. ziekenvervoer als u voldoet aan één of meer van de volgende criteria:
 - u ondergaat nierdialyse of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
 - u ondergaat oncologische behandelingen met radio-, chemo- of immuuntherapie of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
 - u bent blijvend visueel gehandicapt en kunt zich zonder begeleiding niet verplaatsen;
 - u kunt zich uitsluitend per rolstoel verplaatsen;
 - u bent aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel [24.2](#);
 - u bent jonger dan 18 jaar en heeft vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap recht op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag van zorg in de nabijheid;
 - u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking volgens artikel [B.42](#).
- b. wanneer u aan één of meer van de hierboven genoemde criteria voldoet, heeft u recht op ziekenvervoer:
 - van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
 - naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
 - vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;
 - vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
 - van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.
- c. vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op zk.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Hardheidsclausule ziekenvervoer

Als u niet onder bovenstaande criteria valt, kan er sprake zijn van recht op ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Ten eerste moet u dan langdurig aangewezen zijn op ziekenvervoer, omdat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten tweede moet er sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard. Wij beoordelen of u op basis van de hardheidsclausule recht heeft op vergoeding. Indien u recht heeft op vervoer op grond van deze hardheidsclausule dan geldt dit niet alleen voor de behandeling zelf maar ook voor consulten, onderzoeken of controles die u ondergaat omdat die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn.

Eigen bijdrage voor ziekenvervoer

Voor ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 118,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor het recht op ziekenvervoer

1. Voor ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. U vraagt toestemming via de Zilveren Kruis App of via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Wij bepalen of u recht heeft op vervoer en op welke vorm. Als er sprake is van een verzekerde van 16 jaar en ouder dan bepaalt deze medewerker ook of er begeleiding noodzakelijk is. U vindt meer informatie over de aanvraagprocedure op zk.nl/vervoer.
2. Het vervoer moet verband houden met zorg waar u vanuit de basisverzekering recht op heeft of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
3. Is ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
4. In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
5. U heeft alleen recht op ziekenvervoer als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

Overnachting in plaats van ziekenvervoer

Heeft u recht op ziekenvervoer en is het nodig dat u voor uw behandeling op 3 of meer aaneengesloten dagen van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling reist? Dan heeft u mogelijk recht op een vergoeding van 2 of meer overnachtingen in de buurt van uw behandellocatie. U krijgt een vergoeding van maximaal € 89,- per nacht. U krijgt ook een vergoeding voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag van uw behandeling (op basis van de voorwaarden zoals hierboven genoemd).

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf

- Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet u of uw zorgverlener gebruik maken van het formulier "Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders" welke te vinden is op onze website.
- Bij de aanvraag voor de toestemming moet u of uw zorgverlener de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. In deze verwijzing moet de zorgvraag en relevante co-morbiditeit vermeld worden. Uit de onderbouwing moet blijken of het om ELV-laag, - hoog of -palliatief gaat. Tevens moet in de verwijzing worden onderbouwd dat u naar verwachting na de opname weer terug naar de thuissituatie kunt. Dit laatste geldt niet bij palliatief terminale zorg. Als wij de aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en uw zorgverlener ontvangen van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
- U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- een ziekenhuis;
- een zelfstandig behandelcentrum of
- de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via agbcode.nl. Wanneer een extramuraal werkend specialist niet door ons wordt gecontracteerd, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra.

De zorg bestaat uit:

- medisch-specialistische zorg;
- uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH arts, arts-assistent, klinisch technoloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg, een tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), GGD-arts (bij TBC of SOA) of een andere medisch specialist.
- Naar een KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien of door een klinisch fysicus audioloog.
- Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hieprikscreening bij een pasgeborene.
- Woont u in een verpleeghuis? En heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts welke werkzaam is in uw verpleeghuis u doorverwijzen.
- De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.
- Ondergaat u een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van uw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie' welke te vinden is op onze website.

Let op!

In de volgende artikelen van [B. Verzekerde zorg basisverzekeringen](#) zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel [B.8](#) Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie
- Artikel [B.13](#) Audiologisch centrum
- Artikel [B.15](#) Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)
- Artikel [B.19](#) Erfelijksonderzoek en - advisering
- Artikel [B.20](#) Mechanische beademing
- Artikel [B.21](#) Thuisdialyse
- Artikel [B.22](#) Transplantatie van organen en weefsels
- Artikel [B.23](#) Plastische chirurgie
- Artikel [B.24](#) Revalidatie
- Artikel [B.30](#) Bevallings- en verloskundige zorg
- Artikel [B.31](#) In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie
- Artikel [B.33](#) Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel [B.41](#) Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b. behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c. behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d. behandelingen met sterilisatie als doel;
- e. behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f. behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel [B.15](#).

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- c. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.29 Overnachting in nabijheid ziekenhuis bij CAR T-celtherapie

Ondergaat u CAR T-celtherapie en kunt u niet binnen 60 minuten in het expertziekenhuis zijn waar u behandeld wordt? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van overnachting in de buurt van het expertziekenhuis. U krijgt hiervoor een vergoeding van maximaal € 89,- per nacht.

Aanvullend	Dekking
Aanvullend 4 sterren	consulten en vaccinaties: • 100% bij een gecontracteerde zorgverlener • maximaal € 125,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): • 100% bij een gecontracteerde apotheek

D.4 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

4.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor:

- behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisverblijf en operatie;
- behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op!

Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een aanvullende tandartsverzekering heeft. Deze kosten vallen onder de aanvullende tandartsverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- De medisch adviseurs van Zilveren Kruis of van Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross beoordelen of er recht is op vergoeding. Zij beoordelen hiervoor of er sprake is van zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En zij beoordelen of het gaat om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze beoordeling is bepalend voor de vraag of de zorg voor vergoeding op grond van dit artikel in aanmerking komt.
- Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 1 ster	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 2 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 3 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 4 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

4.2 Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in het buitenland bij spoedeisende zorg. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een arts.

Voorwaarden voor vergoeding

- De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts.
- Er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland.
- Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- dieetpreparaten en drinkvoeding;
- verbandmiddelen;
- vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland;
- anticonceptiva;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 1 ster	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 2 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

4.3 Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland

Heeft u toestemming voor een niet-spoedeisende expertisebehandeling in het buitenland? Dan vergoeden wij:

- de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis;
- vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug;
- overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is;
- overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gezinslid of bij verzekerden tot 16 jaar 2 gezinsleden.

Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de voorwaarden genoemd in de artikelen [A.1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk](#), [A.2.1 Recht op zorg](#) en [A.2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel](#) en in Nederland niet geleverd wordt. Onze medisch adviseur bepaalt of er sprake is van een expertisebehandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- U moet voor de behandeling zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
- De medische noodzakelijkheid van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) wordt door ons vastgesteld.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 1 ster	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 2 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 3 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 4 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.