

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202401562

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 26 mei 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 juni 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 8 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 augustus 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorgverzekering Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Zorg in het buitenland (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tand ongeval is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Namens verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een behandeling in Portugal, bestaande uit consulten, vooronderzoeken en een hemiclectomie.
- 2.3. Bij brief van 26 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij de keuze heeft uit (i) vergoeding volgens de voorwaarden van de zorgverzekering voor niet-gecontracteerde zorg óf (ii) vergoeding volgens de sociale ziektekostenverzekering van Portugal. Als verzoekster kiest voor (i) wordt maximaal € 7.630,56 vergoed. In het geval zij kiest voor (ii) kan zij gebruik maken van het door de ziektekostenverzekeraar verstrekte S2-formulier.
- 2.4. Op 3 februari 2024 heeft verzoekster in Portugal een operatie ondergaan. De kosten hiervan heeft zij op 20 februari 2024 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Bij brief van 25 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd dat hij ter zake maximaal € 7.630,56 vergoedt.

- 2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 12 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.6. Verzoekster heeft zich hierop tot SKGZ gewend. In de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar, bij brief van 4 december 2024, toegezegd een aanvullende vergoeding ten bedrage van € 141,-- te verlenen voor laboratoriumkosten gemaakt op 9 januari 2024 en het consult bij de gastro-enteroloog op 11 januari 2024. Vervolgens heeft hij, bij brief van 23 december 2024, verklaard voor de vergoeding op basis van DBC-zorgproductcode 15B525 in plaats van 65% uit te gaan van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Dit leidt tot een te vergoeden bedrag van € 8.804,49. Bij brief van 6 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd een bedrag van € 324,86 te vergoeden voor de gemaakte reiskosten.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (1) de door haar in Lissabon, Portugal, gemaakte kosten volledig te vergoeden, (2) haar een vergoeding voor immateriële schade te verlenen, en (3) de medische spoedeisendheid van de situatie te erkennen en een schriftelijke rectificatie op te stellen.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 21 augustus 2024 heeft verzoekster toegelicht dat zij op 31 juli 2023 naar Portugal ging om ongeveer zes maanden te overwinteren. Begin december kreeg zij hevige buikpijnen en zijn onderzoeken uitgevoerd. Op 9 januari 2024 onderging zij een colonoscopie. Er werd een carcinoom van vier centimeter in de dikke darm ontdekt. Dit bleek kwaadaardig te zijn en verzoekster moest met spoed worden geopereerd. De kosten van de colonoscopie zijn in eerste instantie vergoed door de alarmcentrale, maar de ziektekostenverzekeraar heeft dit later aangepast, met de uitleg dat dit bij het vooronderzoek hoorde. Op 3 februari 2024 is verzoekster geopereerd. De ziektekostenverzekeraar heeft volledige vergoeding van de hiermee gemoeide kosten geweigerd, omdat de zorg weliswaar noodzakelijk was, maar niet dringend. Er werd een tegemoetkoming gegeven die zowel de operatie als de voor- en na-onderzoeken moest dekken. Verzoekster is het niet eens met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar. Zij is goed verzekerd op reis gegaan en mocht erop vertrouwen dat haar medische kosten volledig zouden worden gedekt. Uiteindelijk heeft het haar echter duizenden euro's gekost. Ook het feit dat verzoekster langer in Portugal moest blijven dan gepland heeft geld gekost. De kosten voor het langer verblijven in het appartement en de taxikosten naar en van het ziekenhuis werden niet door de reisverzekering vergoed. Ook de dochter van verzoekster heeft door het gebeurde financiële schade geleden. Zij kon niet werken, omdat zij verzoekster dag en nacht heeft verzorgd.
- 3.3. Bij brief van 26 mei 2025 heeft verzoekster toegelicht dat zij in juni/juli 2023 opnieuw last kreeg van buikklachten. Gezien haar voorgeschiedenis – waarbij zes jaar daarvoor bij een colonoscopie poliepen werden verwijderd – heeft zij contact opgenomen met een ziekenhuis in Nederland. Verzoekster wilde een preventief medisch onderzoek door middel van een nieuwe colonoscopie, maar vanwege haar leeftijd kwam zij hiervoor niet meer in aanmerking. Eind december 2023 verergerden de klachten acuut. Verzoekster bevond zich op dat moment in Portugal. Zij had hevige buikpijn, diarree, braken, verlies van eetlust, gewichtsverlies, en uiteindelijk moeite met lopen en zitten. Terugreizen naar Nederland was gezien haar fysieke toestand medisch onmogelijk. Op advies van een Portugese arts heeft verzoekster op 9 januari 2024 een colonoscopie ondergaan. Er werd een gezwel van vier centimeter in de dikke darm vastgesteld. Na biopsie bleek het te gaan om een adenocarcinoom: een kwaadaardig, levensbedreigend gezwel. De MDL-arts, oncoloog, chirurg en huisarts gaven het dringende advies om zo spoedig mogelijk te opereren. Op 3 februari 2024 onderging verzoekster in Portugal een operatie waarbij een deel van de dikke darm werd verwijderd. De tumor bleek al te zijn uitgezaaid naar twee lymfeklieren, wat bevestigt dat directe

medische actie noodzakelijk en spoedeisend was.

- 3.4. De zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering voorzien in dekking voor medische zorg in het buitenland. Na de diagnose heeft verzoekster onmiddellijk contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om melding te maken van de noodzakelijke behandeling. Echter, volgens de ziektekostenverzekeraar was de behandeling niet spoedeisend en konden de kosten alleen gedeeltelijk worden vergoed. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar ca. 50% van de operatiekosten vergoed en niets van de kosten van de noodzakelijke voor- en nabehandelingen, medicatie, begeleiding of bijkomende zorg. De onderbouwing van de ziektekostenverzekeraar hiervoor was dat de behandeling weliswaar “medisch noodzakelijk” was, maar volgens zijn medisch adviseurs niet als “spoedeisend” werd beoordeeld.
Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar, op afstand en zonder fysiek onderzoek, de levensbedreigende toestand waarin verzoekster verkeerde niet als spoedeisend heeft aangemerkt. De Portugese artsen beoordeelden de situatie wél als urgent en hebben zelfs op een zaterdag geopereerd. De juistheid van dit oordeel is nadien bevestigd door een Nederlandse MDL-arts. Spoedeisendheid is in medisch-ethische zin onlosmakelijk verbonden met een diagnose als adenocarcinoom. Een kwaadaardige, snelgroeiende tumor vormt een acuut gevaar voor leven en gezondheid. Tijdig ingrijpen is cruciaal. Een beoordeling als “niet spoedeisend” staat haaks op dit gegeven en vormt daarmee een aantoonbare schending van het medische beginsel “primum non nocere” (“breng geen schade toe”) en de verplichting tot het bieden van passende zorg. Adenocarcinoom van de dikke darm is een kwaadaardige tumor die zich snel kan verspreiden naar lymfeklieren en andere organen (zoals de lever of longen). Volgens medische richtlijnen – waaronder die van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de European Society for Medical Oncology (ESMO) – geldt bij vaststelling van een coloncarcinoom het advies om zo snel mogelijk chirurgisch in te grijpen. Een wachttijd van enkele weken kan het verschil betekenen tussen een lokaal beperkte tumor en een gemetastaseerde vorm, wat direct van invloed is op de overlevingskansen.
Bij verzoekster zijn na de operatie uitzaaiingen aangetroffen in twee lymfeklieren. Als de operatie was uitgesteld, had dit kunnen leiden tot een verslechtering van het ziektebeeld en een aanzienlijk slechtere prognose. Het is dus medisch onhoudbaar om te stellen dat de situatie niet spoedeisend zou zijn geweest. Het betrof een levensbedreigende aandoening waarvoor onmiddellijke interventie vereist was.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar is gebonden aan artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, de Europese Verordening (EG) nr. 883/2004, artikel 22 van de Grondwet (hierna: Gw), artikel 8 van het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna: EVRM), en artikel 35 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie. De ziektekostenverzekeraar handelt in strijd met deze bepalingen door verzoekster zorg te onthouden of slechts gedeeltelijk te vergoeden en haar zodoende bloot te stellen aan verergering van de gezondheidstoestand.
- 3.6. De operatie op 3 februari 2024 heeft € 14.261,49 gekost. Daarnaast zijn andere kosten gemaakt, namelijk kosten voor pre-operatief onderzoek, na-operatief onderzoek, chemotherapie, medicatie, bijvoeding, incontinentiemateriaal, vervoer en begeleiding. Dit heeft geleid tot duizenden euro's aan extra kosten die verzoekster noodgedwongen zelf heeft gedragen. Dit terwijl de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering dit risico expliciet dekken. De ziektekostenverzekeraar beroept zich achteraf op een 65%-regeling voor niet-gecontracteerde zorg. Tijdens het afsluiten van de zorgverzekering is echter nooit vermeld dat deze beperking van toepassing zou zijn op spoedeisende zorg in het buitenland, laat staan in een land als Portugal. Dit maakt het beleid onduidelijk en misleidend. Bovendien is aan verzoekster niet medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar in Portugal geen contracten met zorgaanbieders heeft. Verzoekster heeft verder toegelicht dat zij gedurende meer dan een jaar, in plaats van zich op herstel te kunnen richten, voortdurend tijd heeft moeten besteden aan corresponderen, bezwaar maken en het opsturen van medische gegevens. Deze administratieve belasting heeft geleid tot

ernstige psychische belasting, waaronder slapeloosheid, paniekaanvallen en lichamelijke stressklachten. Deze situatie is ontoelaatbaar en onmenselijk, en staat haaks op het fundamentele doel van een zorgverzekering: rust en bescherming bieden tijdens ziekte.

- 3.7. Ter zitting heeft verzoekster haar verzoek uitgebreid, in die zin dat zij de commissie tevens heeft verzocht te bepalen dat (1) de diagnose ‘darmkanker stadium 3 met uitzaaiingen’ juridisch en medisch gezien niet als ‘planbare zorg’ kan worden aangemerkt; (2) de weigering van de ziektekostenverzekeraar om de zorg te vergoeden strijdig is met artikel 2 EVRM, artikel 11 Gw en artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, en (3) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door haar gemaakte of verschuldigde kosten volledig te vergoeden, vermeerderd met de wettelijke rente. Verzoekster heeft hierbij toegelicht dat de kern van het geschil raakt aan artikel 2 EVRM en artikel 11 Gw. Zij heeft aangevoerd dat als er bij een patiënt een diagnose wordt gesteld die objectief het leven bedreigt, zoals kanker in een vergevorderd stadium, voor zowel artsen als verzekeraars een positieve zorgplicht ontstaat. Zij moeten handelen om dat leven te beschermen. Deze zorgplicht strekt zich uit tot zorgverzekeraars die op grond van artikel 11 Zvw verplicht zijn om zorg te vergoeden die medisch noodzakelijk is ter bescherming van leven en gezondheid. Een weigering om die zorg te vergoeden op grond van de term ‘planbare zorg’ is in strijd met deze fundamentele beginselen.

De ziektekostenverzekeraar lijkt ‘spoedeisend’ te interpreteren als acute eerste hulpzorg zoals bij een hartinfarct of ongeval. Dit is een te beperkte en medisch onjuiste lezing. ‘Spoedeisend’ betekent dat de zorg niet mag worden uitgesteld zonder ernstig gezondheidsrisico.

‘Doodsbedreigend’ betekent dat het gaat om zorg waarbij uitstel van behandeling het leven concreet in gevaar brengt. Bij darmkanker stadium 3 met uitzaaiingen geldt dat elke vertraging in diagnostiek of behandeling de overlevingskans significant verkleint. Dat is geen planbaar traject, maar een race tegen de klok. Deze situatie valt onder het hoogste urgentieniveau: structureel levensbedreigend en niet uitstelbaar. Uitstel betekent een verhoogde kans op overlijden, en dat is exact wat artikel 2 EVRM beoogt te voorkomen.

Uit vaste jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM) (waaronder: ECLI:CE:ECHR:2017:1219, JUD005603113) volgt dat staten én zorgsystemen aansprakelijk zijn bij nalatigheid in het behandelen of vergoeden van levensbedreigende medische aandoeningen. Het EHRM heeft geoordeeld dat bij levensbedreigende aandoeningen een verhoogde verplichting bestaat tot snelle, effectieve en toegankelijke zorg. Ook uit de Nederlandse context, neergelegd in de artikelen 7:446 en 7:448 van het Burgerlijk Wetboek volgt, dat de zwaarte van de diagnose de omvang van de zorgplicht bepaalt. De zorg moet in overeenstemming zijn met de toestand van de patiënt en met de ernst van de aandoening. Daarom geldt: hoe groter de bedreiging van het leven, hoe minder ruimte er bestaat om die zorg als planbaar te bestempelen. Een verzekeraar die een dergelijke diagnose als planbare zorg classificeert, handelt in strijd met het proportionaliteitsbeginsel zoals genoemd in artikel 3:4, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht en miskent het recht op effectieve toegang tot zorg (artikel 1 van de Zorgverzekeringswet jo. artikel 7:463 van het Burgerlijk Wetboek).

Volgens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet en artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering is de zorgverzekeraar gehouden om zorg te vergoeden die naar inhoud en omvang is afgestemd op de stand van de wetenschap en praktijk, en bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De oncologische behandeling van darmkanker met lymfeklieruitzaaiingen is niet optioneel of planbaar, maar medisch noodzakelijk volgens de geldende richtlijnen (IKNL, Oncoline), en behoort tot de meest urgente behandeltrajecten in de oncologie. Het argument ‘planbare zorg’ is dus niet slechts medisch onhoudbaar, maar rechtens irrelevant: de wet kent geen uitzondering voor levensbedreigende aandoeningen op grond van planbaarheid.

Door de behandeling als planbare zorg te bestempelen, schendt de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht zoals bedoeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, het vertrouwensbeginsel tussen verzekerde en verzekeraar, en de positieve verplichting uit artikel 2 EVRM om het leven van de verzekerde te beschermen. Te meer daar in dit geval sprake is van een aanvullende

ziektekostenverzekering die dekking biedt voor hulp in het buitenland. Daarnaast is een dergelijk gedrag in strijd met het redelijkheids- en billijkheidsbeginsel (artikel 6:2 van het Burgerlijk Wetboek). Het is maatschappelijk onaanvaardbaar dat een diagnose die het leven reëel bedreigt, wordt herleid tot ‘planbare’ administratieve categorieën.

Een diagnose die het leven bedreigt, is niet planbaar. Het recht op leven en gezondheid weegt zwaarder dan elk intern verzekeringsprotocol of interpretatiekader. De menselijke maat en de wet laten geen andere conclusie toe dan dat de zorg in dit geval spoedeisend en levensreddend was. De ziektekostenverzekeraar heeft van verzoekster verlangd dat zij haar overwinteringsverblijf in Portugal zou aanspreken en naar Nederland zou terugkeren, om aldaar behandeling en een eventuele operatie te ondergaan. Zulks ondanks de vastgestelde ernstige medische diagnose en het unanieme oordeel van de behandelend artsen in Portugal dat onmiddellijke operatieve interventie medisch dringend noodzakelijk was. Deze eis was evident medisch onverantwoord en bracht een reëel en acuut levensgevaar met zich. Uitstel van de noodzakelijke operatie ten behoeve van een terugkeer naar Nederland zou een directe, voorzienbare en ongerechtvaardigde verhoging van het sterfrisico teweegbrengen. Dit blijkt ook uit het feit dat na de operatie uitzaaïngen in de lymfeklieren zijn gevonden. Acute interventie bleek dus alleszins gerechtvaardigd.

Verzoekster heeft benadrukt dat de weigering van de ziektekostenverzekeraar om de behandeling als medisch noodzakelijk te erkennen, niet alleen een schending van de zorgplicht oplevert, maar ook van het fundamentele recht op leven en gezondheid. Wanneer een verzekeraar nalaat om in levensbedreigende situaties snel en adequaat te handelen, komt dat feitelijk neer op een vorm van nalatigheid die onder artikel 2 EVRM en artikel 11 Gw niet te rechtvaardigen is. De ziektekostenverzekeraar vervult niet enkel een administratieve rol, maar draagt een wezenlijke verantwoordelijkheid in de keten van zorg. De keuze om de noodzakelijke behandeling niet te vergoeden, ondanks een objectieve medische noodzaak, is gelijk te stellen aan het onthouden van toegang tot levensreddende zorg. In dat licht dient de weigering te worden beschouwd als een ernstige schending van de positieve verplichtingen die op de ziektekostenverzekeraar rusten. De situatie is daarmee niet slechts een kwestie van interpretatie van de verzekeringsvoorwaarden, maar raakt direct aan de kern van de menselijke waardigheid en de verplichting van de staat en haar zorgstelsel om leven te beschermen. Het EVRM, de Gw en de Zorgverzekeringswet laten geen ruimte voor willekeur in de beoordeling van medische noodzaak. Waar het leven in gevaar is, moet de zorg onmiddellijk en zonder restricties worden vergoed.

Desgevraagd heeft verzoekster toegelicht dat op 9 januari 2024 uit de colonoscopie kwam dat er een obstructie zat die operatief moest worden verwijderd. In de periode tussen 9 januari 2024 en de operatieve ingreep op 3 februari 2024 was het voornamelijk wachten op de uitslagen van de nog uit te voeren laboratoriumonderzoeken. Daarna werden de voorbereidingen voor de operatie gestart. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat naar Nederland kon worden teruggekeerd is onjuist, omdat alle onderzoeken dan opnieuw moesten worden uitgevoerd. Als verzoekster naar Nederland was teruggekeerd, was de operatie niet vóór 3 februari 2024 uitgevoerd. Alle specialisten waren het erover eens dat direct operatief moest worden ingegrepen, zodat, anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, sprake was van een spoedeisende situatie.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn brief van 8 augustus 2025 toegelicht dat verzoekster op 9 januari 2024 een colonoscopie onderging in Portugal. De kosten die zijn gemaakt in de periode van 9 januari tot en met 11 januari 2024 zijn door Eurocross aangemerkt als spoedeisende zorg en rechtstreeks aan het ziekenhuis in Portugal voldaan. Ten aanzien van de kosten voor de behandeling van het vastgestelde adenocarcinoom stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat geen sprake is van spoedeisende zorg. Om die reden komen deze kosten, ten bedrage van totaal € 14.261,49, niet voor volledige vergoeding in aanmerking.

Spoeoelende zorg wordt in de verzekeringvoorwaarden als volgt gedefinieerd: “Van spoeoelende zorg is sprake als de beooroeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. Of hiervan sprake is wordt bepaald door de medisch adviseurs van FBTO en/of de medisch adviseurs van FBTO Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.”

Het opereren van een adenocarcinoom is in de regel geen spoedzorg. Opereren binnen 24 uur is dus niet aan de orde. Dit blijkt overigens ook uit de tijd tussen de diagnose en de uiteindelijke operatie van verzoekster. In het dossier is geen informatie aanwezig waaruit blijkt dat er wél sprake was van spoed. Spoedzorg bij een adenocarcinoom kan bijvoorbeeld aan de orde zijn als het colon volledig is afgesloten door de tumor, of bij een perforatie. Dit beschrijven de zorgverleners echter niet en blijkt, wederom, ook niet uit de uiteindelijke operatiedatum. Uit de verklaringen van de Portugese zorgverleners (huisarts, oncoloog en chirurg) komt naar voren dat de diagnose is gesteld en behandeling wordt geadviseerd. Er staat geen spoedindicatie beschreven en ook niet wáárom verzoekster niet *fit-to-fly* is.

De beooroeling van de spoedeisendheid is gedaan op basis van de beschikbare medische stukken. De behandelend arts in Portugal verklaart in zijn brief van 25 januari 2024 dat verzoekster op 3 februari 2024 een chirurgische ingreep zal ondergaan. Tot dan moet zij de pre-operatieve voorbereiding ondergaan die verschillende onderzoeken en consultaties omvat. In verband daarmee is zij verhinderd om te reizen tot minstens 3 maart 2024. Deze reden wordt door de medisch adviseur van Eurocross niet aangemerkt als een medische beperking om te reizen. Volgens deze medisch adviseur was verzoekster medisch gezien in staat naar Nederland terug te keren. Voor zover verzoekster zich niet in staat achtte om terug te reizen, behoorde een door Eurocross georganiseerde terugreis tot de mogelijkheden.

Eurocross stelt hiertoe vragen over de mobiliteit, waarna de medisch adviseur een reisplan van deur tot deur opstelt: met taxi's, hulp op de luchthavens en eventueel een IC verpleegkundige of arts als begeleiding. Deze mogelijkheid is destijds niet verder besproken, aangezien verzoekster een reis naar Nederland afwees. Terugkeer naar Nederland was voor haar geen optie vanwege de steun die verzoekster in Portugal van haar dochter ontving. Uit het telefooncontact van 24 januari 2024 blijkt dat zij in Nederland niemand had die voor haar kon zorgen. Eurocross heeft daarbij duidelijk aangegeven dat de operatie niet onder spoedeisende zorg valt.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft ook getoetst aan de voorwaarden die gelden voor 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 een andere EU-lidstaat als de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en deze zorg niet binnen een medische verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat de verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen aan de zorgverzekeraar. Doet een verzekerde dit laatste niet dan blijft de verordening in beginsel buiten toepassing. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 januari 2024 aan verzoekster toestemming verleend voor de behandeling in Portugal, bestaande uit consulten, vooronderzoeken en een hemicolecotomie. Deze toestemming is verleend op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, waarbij aan verzoekster een S2-formulier is verstrekt. Met dit formulier kon de Portugese zorgaanbieder de kosten van de behandeling rechtstreeks declareren bij het uitvoeringsorgaan van de Portugese sociale ziektekostenverzekering. Uit het dossier blijkt echter niet dat verzoekster het S2-formulier heeft aangeboden aan de Portugese zorgaanbieders. In plaats daarvan heeft zij de kosten ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Artikel 25, vijfde lid, van Verordening (EG) nr. 987/2009 biedt de mogelijkheid om bij grensoverschrijdende zorg een tarifieringsverzoek in te dienen bij het bevoegde orgaan van het land waar de zorg is verleend. In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar dit verzoek gedaan bij het Portugese uitvoeringsorgaan, om vaststelling van het vergoedingsbedrag conform de Portugese sociale ziektekostenverzekering mogelijk te maken. De uitkomst van dit verzoek is nog niet bekend.

- 4.3. Voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering geldt dat in artikel B.28 van de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde aanspraak heeft op medisch specialistische zorg. Dit artikel verwijst ook naar de lagere vergoeding bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het staat vast dat verzoekster in 2024 een naturapolis had afgesloten. Bij niet-gecontracteerde zorg bestaat op grond van artikel 4.3.1 van de verzekeringsvoorwaarden recht op een vergoeding van maximaal 65% van het gemiddelde tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar deze zorg heeft ingekocht bij gecontracteerde zorgaanbieders. De lijsten met vergoedingen voor niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra zijn beschikbaar via de website van de ziektekostenverzekeraar. Een DBC (Diagnose Behandel Combinatie) beschrijft het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. De DBC-code wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg. Het DBC-traject vangt aan bij de eerste zorgvraag en wordt afgesloten na de behandeling of na maximaal 120 dagen. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk een maximale vergoeding vastgesteld van € 7.630,56, op basis van DBC 15B525. De omschrijving van deze DBC luidt: *“Operatie aan het maagdarmkanaal met maximaal 28 verpleegdagen bij kanker van dikke darm of endeldarm.”* De volgende gegevens hebben afgeleid naar DBC 15B525:

- Specialisme: 0318 Maag-, Darm-, en Leverziekten
- Diagnose: 610 Colorectale maligniteit
- Zorgactiviteit: 034738 Colonresectie, al dan niet met coecostomie, open procedure

De vergoeding betreft 65% van het gemiddelde tarief bij gecontracteerde zorgaanbieders in Nederland.

Later heeft de ziektekostenverzekeraar op basis van de hardheidsclausule van artikel 4.3.1 van de verzekeringsvoorwaarden een vergoeding op basis van 75% toegekend. De vergoeding is toen verhoogd tot € 8.804,49.

Daarnaast heeft verzoekster, op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering, een vergoeding ontvangen voor gemaakte reiskosten tot maximaal € 250,- per ziekenhuisopname.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de zorgkosten en de klachtbrieven van verzoekster met de nodige zorgvuldigheid behandeld en beoordeeld. Hij kan zich dan ook niet verenigen met de stelling van verzoekster dat hij handelt in strijd met wettelijke en verdragsrechtelijke bepalingen. Van belang is verder dat Eurocross op 9 januari 2024 duidelijk heeft gecommuniceerd over een mogelijke vervolgbehandeling na de colonoscopie en verzoekster heeft verzocht hem op de hoogte te houden. Nadat verzoekster op 22 januari 2024 contact opnam, heeft Eurocross binnen een uur gereageerd met de mededeling dat alle informatie aan de artsen van Eurocross zou worden doorgezet. Eurocross heeft daarom geen onjuiste informatie verstrekt of toezeggingen gedaan over de vergoeding van vervolgbehandelingen.

Op 24 januari 2024 is verzoekster geïnformeerd over de overdracht van het dossier aan de ziektekostenverzekeraar, waarbij duidelijk is aangegeven dat de ziektekostenverzekeraar verder verantwoordelijk is voor de beoordeling van de vergoeding.

De ziektekostenverzekeraar betreurt het dat verzoekster psychische belasting heeft ervaren door de communicatie met hem. Hij ziet echter geen aanleiding voor compensatie van immateriële schade. Bovendien kan de commissie op grond van het reglement geen vergoeding voor immateriële schade toekennen.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij vanuit menselijk oogpunt kan begrijpen dat verzoekster ervoor heeft gekozen zich in Portugal te laten opereren. De vraag die de ziektekostenverzekeraar evenwel dient te beantwoorden is of de uitgevoerde operatie was aan te merken als spoedeisende zorg. Volgens de begripsomschrijvingen in de verzekeringsvoorwaarden kan worden gesproken van spoedeisende zorg als de beoordeling of behandeling van de klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. Dit laatste is bij verzoekster niet aan de orde. Na de op 9 januari 2024 uitgevoerde colonoscopie was er ruimte om naar Nederland terug te keren en daar de operatie uit te laten

voeren. Dat niet kan worden gesproken van spoedeisende zorg blijkt ook uit het feit dat de operatie niet kort na 9 januari 2024 heeft plaatsgevonden, maar pas op 3 februari 2024.

Ook voor de aanvullende ziektekostenverzekering geldt dat pas van spoedeisende zorg kan worden gesproken als de beoordeling of behandeling van de klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen.

Van schending van de zorgplicht is geen sprake. De ziektekostenverzekeraar heeft alleen een deel van de kosten niet vergoed. De operatie moet worden aangemerkt als planbare zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen dat in het geval een verzekerde kiest voor niet-gecontracteerde zorg, aanspraak bestaat op een vergoeding van maximaal 65% van het gemiddelde tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar deze zorg heeft ingekocht bij gecontracteerde zorgaanbieders. Later is in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen besloten om met toepassing van de hardheidsclausule een vergoeding op basis van 75% toe te kennen.

Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de uitkomst van het tarifieringsverzoek nog niet bekend is.

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 A.18 van de verzekeringsvoorwaarden, welke bepaling ook van toepassing is 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 en de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante artikelen 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.
- 6.2. Verzoekster heeft in 2024 zorg genoten in Portugal. Een deel van de kosten die zijn gemaakt is rechtstreeks aan het ziekenhuis in Portugal voldaan door Eurocross. Over deze kosten bestaat tussen partijen geen geschil. Wat hen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding voor de kosten die verband houden met de operatie die op 3 februari 2024 in Portugal is uitgevoerd. Verzoekster heeft in dit verband verwezen naar bepalingen in het Burgerlijk Wetboek over de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Deze artikelen zijn in dit kader, waar het de relatie verzekerde-verzekeraar betreft, niet relevant. Hetzelfde geldt voor het door haar genoemde artikel uit de Algemene wet bestuursrecht. De verwijzing naar het EVRM en de jurisprudentie van het EHRM in dit verband treft geen doel. Binnen het Europese recht is het uitgangspunt dat de lidstaten het stelsel van sociale zekerheid – waaronder de sociale ziektekostenverzekering – zelf mogen inrichten. Dit uitgangspunt is ook terug te vinden in de zogenoemde Patiënten richtlijn, waarin de jurisprudentie van het Hof van Justitie is gecodificeerd. Uit deze richtlijn, die moest worden geïmplementeerd in de nationale wetgeving van de lidstaten, volgt dat in geval van zorg in een andere lidstaat van EU/EER, Zwitserland of het Verenigd Koninkrijk er slechts twee mogelijkheden tot vergoeding zijn, namelijk volgens het stelsel van de bevoegde lidstaat – in dit geval Nederland – of op basis van Verordening (EG) nr. 883/2004, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen zorg tijdens verblijf in een andere (lid)staat en planbare zorg. In het navolgende zal

eerst op de verordening en daarna op vergoeding op basis van de zorgverzekering worden ingegaan.

Verordening

- 6.3. Portugal is een andere EU-lidstaat zodat eerdergenoemde, rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004 van toepassing is. Uit hetgeen verzoekster bij klachtenformulier van 21 augustus 2024 heeft verklaard, blijkt dat zij voornemens was om vanaf 31 juli 2023 zes maanden in Portugal te verblijven. De operatie op 3 februari 2024 valt daarmee buiten het door verzoekster geplande verblijf. Hieruit volgt dat artikel 19 van de Verordening, dat gaat over noodzakelijke zorg tijdens verblijf, niet van toepassing is. Hetgeen verzoekster heeft gesteld over de spoedeisendheid, het feit dat het een levensbedreigende situatie betrof en de onmogelijkheid of onwenselijkheid naar Nederland terug te keren, maakt die conclusie niet anders.
- Dit betekent dat naar zijn aard sprake is van planbare zorg, zoals bedoeld in artikel 20 van Verordening (EG) 883/2004. Het is tegen deze achtergrond dat door de ziektekostenverzekeraar op 26 januari 2024 een S2-formulier is afgegeven. De commissie merkt hierbij nog op dat voor de hoogte van de vergoeding naar Portugees recht het geen verschil maakt of de zorg noodzakelijk is tijdens verblijf (artikel 19) dan wel planbaar (artikel 20).
- 6.4. Op basis van het afgegeven formulier kon de Portugese zorgaanbieder de kosten van de operatie rechtstreeks declareren bij het uitvoeringsorgaan van de Portugese sociale ziektekostenverzekering. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bedoeld formulier echter niet aangeboden aan de plaatselijke zorgaanbieder. Wat hiervan de achtergrond is kan in het midden blijven, feit is dat het formulier niet is gebruikt en dat kosten van zorg ten laste van verzoekster zijn gekomen. Als het S2-formulier niet wordt gebruikt of geweigerd door de zorgaanbieder, en hierdoor zorgkosten voor rekening van de verzekerde blijven, bepaalt artikel 26, zesde lid, in samenhang 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 Portugal. De tweede mogelijkheid is dat de verzekerde de kosten declareert bij het bevoegde uitvoeringsorgaan in het eigen land, in dit geval de ziektekostenverzekeraar.
- 6.5. Verzoekster heeft geen verzoek om vergoeding ingediend bij het Portugese uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering (artikel 26, zesde lid, in samenhang met artikel 25, vierde lid, van Verordening (EG) nr. 987/2009). Nu zij de nota van de behandeling heeft gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, en niet expliciet heeft ingestemd met vergoeding volgens de verzekeringsvoorwaarden, geldt dat laatstgenoemde, op grond van artikel 26, zesde lid, in samenhang met artikel 25, vijfde lid, van Verordening (EG) nr. 987/2009, een tarifieringsverzoek moet doen bij het Portugese uitvoeringsorgaan. Op basis van de uitkomst hiervan dient hij de kosten aan verzoekster te vergoeden, waarbij de commissie volledigheidshalve opmerkt dat de vergoeding volgens het Portugese stelsel ook € 0,- kan zijn. Volgens zijn brief van 8 augustus 2025 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar een tarifieringsverzoek ingediend bij het Portugese uitvoeringsorgaan, om het vergoedingsbedrag volgens de Portugese sociale ziektekostenverzekering te vernemen. De uitkomst van het tarifieringsverzoek is ten tijde van het uitbrengen van dit bindend advies nog niet bekend. Als hieruit een vergoeding volgt, zal de ziektekostenverzekeraar deze aan verzoekster betalen, onder aftrek van hetgeen al aan haar werd voldaan. Ten aanzien van de hoogte van een eventuele vergoeding volgens het Portugese stelsel is de commissie niet bevoegd. Zij laat dit punt daarom verder rusten.
- Ingeval de vergoeding volgens het Portugese stelsel lager is dan het bedrag van de werkelijke kosten van de behandeling, bepaalt 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.

Zorgverzekering

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie verklaard dat op grond van de verzekeringsvoorwaarden aanspraak bestaat op 65% van het gemiddeld gecontracteerde tarief voor de behandeling, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 7.630,56.
- 6.7. De commissie stelt in dit verband vast dat verzoekster 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 haar bevoegdheid door in artikel A.4.3.1. van de verzekeringsvoorwaarden de wijze waarop hij de hoogte van de vergoeding bepaalt als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder op te nemen. In dat geval worden de kosten van verzekerde zorg vergoed tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief waarvoor hij deze zorg heeft ingekocht (bij gecontracteerde zorgaanbieders). De door de ziektekostenverzekeraar overeenkomstig 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.
- 6.8. Verzoekster heeft de juistheid van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcode 15B525 en het bijbehorende gemiddeld gecontracteerde tarief niet bestreden. Zij heeft enkel aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in Portugal gemaakte kosten volledig te vergoeden, omdat het een levensbedreigende en daarmee spoedeisende situatie betrof. De commissie merkt hierover op dat alles wat verband houdt met de operatie aan het maagdarmkanaal met maximaal 28 verpleegdagen bij kanker van de dikke darm of enkeldarm wordt geacht onderdeel te zijn van genoemde DBC-zorgproductcode. Vanwege het ontbreken van een gemotiveerde betwisting door verzoekster neemt de commissie als vaststaand aan dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde DBC-zorgproductcode en het tarief juist zijn en dat in dit tarief alle voor- en nazorg, geneesmiddelen en hulpmiddelen tijdens de opname zijn begrepen. Dit leidt tot de conclusie dat de vergoeding van € 7.630,56 overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden is vastgesteld. De verwijzing, door verzoekster, naar artikel 11 Gw treft geen doel. De hiervoor beschreven bevoegdheid voor de ziektekostenverzekeraar is gebaseerd op een wetsbepaling. Het is niet aan de commissie een artikel in een wet in formele zin te toetsen aan de Grondwet.
- 6.9. Verder merkt de commissie op dat de zorgverzekering weliswaar werelddekking biedt, maar dat dit niet betekent dat de kosten die zijn gemaakt in het buitenland volledig voor vergoeding in aanmerking komen. Dit laatste vloeit ook niet voort uit de zorgplicht, zoals vastgelegd in het door verzoekster aangehaalde artikel 11 Zvw. Ook voor zorg in het buitenland gelden de verzekeringsvoorwaarden, waaronder de voorwaarde dat voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder het gemiddeld gecontracteerde tarief, eventueel met toepassing van een korting, wordt vergoed. In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar er om hem moverende redenen voor gekozen toepassing te geven aan de in artikel A.4.3.1. van de verzekeringsvoorwaarden genoemde ‘hardheidsclausule’. Hij heeft de korting van 35% verlaagd naar 25%. De commissie ziet geen aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is deze korting verder te verlagen. Na de uitgevoerde colonscopie bestond voldoende tijd om naar Nederland terug te keren. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband onweersproken gesteld dat verzoekster het aanbod van Eurocross om dit te regelen heeft afgewezen. Dat verzoekster na 9 januari en vóór 3 februari 2024 niet in staat was te reizen is niet gebleken. De hogere kosten voor verzoekster, waaronder die

in de vorm van de korting in verband met zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener, waren tegen deze achtergrond te vermijden geweest. Aangezien voorts door verzoekster, na de verlaging van de korting van 35% naar 25%, geen beroep is gedaan op het eerdergenoemde hinderpaalcriterium, ziet de commissie geen aanleiding hieraan te toetsen en houdt zij de uiteindelijke vergoeding van € 8.804,49 voor juist.

- 6.10. Dat, zoals door verzoekster is gesteld, het beleid van de ziektekostenverzekeraar onduidelijk en misleidend zou zijn, omdat bij het afsluiten van de zorgverzekering niet is gewaarschuwd voor de lagere vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorg, vermag de commissie niet in te zien. Het had op de weg van verzoekster gelegen om van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden kennis te nemen. Aan de hand daarvan had zij op de hoogte kunnen zijn van het karakter van de zorgverzekering – een verzekering op basis van zorg in natura, waarbij in beginsel gebruik wordt gemaakt van het door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbod – en de beperkingen die gelden indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Ook over de vergoeding in het specifieke geval is verzoekster van meet af aan volledig geïnformeerd, waarbij haar de keuze is geboden gebruik te maken van de weg van de verordening (door middel van het S2-formulier) dan wel de zorgverzekering (met opgave van het maximaal te vergoeden bedrag). De stelling van verzoekster treft om deze redenen geen doel.
- 6.11. Verzoekster heeft voorts gesteld dat zij kosten heeft gemaakt voor vervoer en begeleiding, en vanwege langer verblijf. Uit het dossier blijkt dat het vervoerskosten betreft die door haar dochter zijn gemaakt, ten bedrage van € 853,64. De commissie overweegt dat de zorgverzekering niet voorziet in vergoeding hiervan. Door verzoekster zijn geen stukken overgelegd waaruit blijkt dat zij zelf vervoerskosten heeft gemaakt en de ziektekostenverzekeraar ook heeft gevraagd om vergoeding hiervan ten laste van de zorgverzekering. Voor de kosten van het verlengde verblijf kent de zorgverzekering geen dekking. Dat haar dochter, vanwege de zorg voor verzoekster, niet kon werken, is in het kader van de vergoeding op grond van de zorgverzekering niet relevant. De verzekering dekt de kosten van inkomstenverlies niet.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor spoedeisende zorg en persoonlijke hulpverlening in Europa. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven in module G van de verzekeringsvoorwaarden. Voor de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg geldt dat sprake moet zijn van spoedeisende medische zorg. In artikel G.3.1. van de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat ‘spoedeisend’ betekent dat niet bekend was dat medische hulp tijdens het verblijf in het buitenland nodig was. Voor de invulling van het begrip ‘spoedeisendheid’ is, gelet op hetgeen is bepaald onder C, op pagina 112, van de verzekeringsvoorwaarden, óók de definitie die geldt voor de zorgverzekering van belang. Verder is in artikel G.3.2 van de verzekeringsvoorwaarden bepaald dat de beoordeling of er sprake is van zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en dat het gaat om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is, plaatsvindt door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar of van de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. Hierbij is opgenomen dat de uitkomst van deze beoordeling bepalend is voor het antwoord op de vraag of de zorg voor vergoeding op grond van dit artikel in aanmerking komt. Hetgeen ter zitting aan de orde is gekomen over de definitie van ‘spoedeisendheid’ in G.3.1. kan, gelet op het voorgaande, verder onbesproken blijven.
- 6.13. In het onderhavige geval is door de medisch adviseur een beoordeling uitgevoerd op grond waarvan hij heeft geconcludeerd dat geen sprake is van spoedeisende medische zorg zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster is naar Nederland verwezen voor verdere behandeling en haar is – zoals eerder opgemerkt – ook repatriëring door Eurocross aangeboden.

Gelet op de beoordeling door de medisch adviseur, die volgens de verzekeringsvoorwaarden bepalend is voor het antwoord op de vraag of aanspraak bestaat op vergoeding van zorg op grond van artikel G.3.2, het feit dat verzoekster naar Nederland kon worden gerepatrieerd voor verdere behandeling én gezien het tijdsverloop tussen de diagnose en de operatie, is geen sprake van spoedeisendheid en is niet voldaan aan de geldende voorwaarden. Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de in Portugal gemaakte kosten op grond van het bepaalde in module G van de verzekeringsvoorwaarden. Dat verzoekster het medisch oordeel van de medisch adviseur niet deelt en ervoor heeft gekozen de behandeling in Portugal te ondergaan, maakt dit niet anders.

- 6.14. Voor persoonlijke verzorging geldt dat op grond van artikel G.4.5. van de verzekeringsvoorwaarden bij een ziekenhuisopname in het buitenland aanspraak bestaat op maximaal € 250,-- per ziekenhuisopname voor gemaakte reiskosten in verband met bezoek. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat ter zake € 324,86 aan verzoekster is betaald. Dit is door verzoekster niet bestreden. De commissie gaat daarom ervan uit dat deze – hogere – vergoeding is verleend.

Redelijkheid en billijkheid

- 6.15. Verzoekster heeft gesteld dat “een dergelijk gedrag” van de ziektekostenverzekeraar in strijd is met artikel 6:2 BW. De commissie merkt hierover op dat in artikel 6:248 BW onderscheid wordt gemaakt tussen de aanvullende (lid 1) en de derogerende (lid 2) werking van de goede trouw bij overeenkomsten. Zij begrijpt de stelling van verzoekster aldus dat onverkorte toepassing van de tussen partijen overeengekomen beperkingen ten aanzien van de dekking onder de gegeven omstandigheden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, waarmee dus een beroep wordt gedaan op het bepaalde in het tweede lid. Hierin volgt de commissie haar niet. Zoals eerder is geconcludeerd, waren de extra kosten voor verzoekster te vermijden geweest. Dat dit anders zou zijn, omdat haar situatie was verslechterd, is door verzoekster niet aangetoond. Voor haar stellingen dat alle diagnostiek in dat geval moest worden overgedaan en dat een operatie op 3 februari 2024 of eerder niet mogelijk was geweest, ontbreekt een onderbouwing. Onder deze omstandigheden valt niet in te zien waarom het bepaalde in artikel A.4.3.1. van de zorgverzekering en artikel G.3.2. van de aanvullende ziektekostenverzekering verzoekster niet kan worden tegengeworpen.

Vergoeding immateriële schade

- 6.16. Verzoekster heeft verklaard dat de gang van zaken bij haar heeft geleid tot ernstige psychische belasting en om die reden heeft zij de commissie gevraagd om vergoeding vanwege immateriële schade. De commissie overweegt dat zij op grond van het toepasselijke reglement geen vergoeding voor immateriële schade kan toekennen. Dit onderdeel van het verzoek wordt daarom afgewezen.

Wettelijke rente

- 6.17. Gelet op het feit dat de ziektekostenverzekeraar op de juiste gronden tot zijn beslissing is gekomen, en een hogere vergoeding daarom niet aan de orde is, bestaat geen aanspraak op de door verzoekster gevorderde wettelijke rente.

Slotsom

- 6.18. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 december 2025,

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

Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.

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.

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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

Let op!

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

Voor hulpmiddelen en farmacie hebben wij een beperkt aantal zorgverleners gecontracteerd. Dit noemen wij selectieve contractering.

4.3.1 Naturapolis (FBTO Zorgverzekering Basis)

U heeft een naturapolis. Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 65% 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 65% 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 65% 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.

Hardheidsclausule

Het FBTO Zorgteam kan u helpen bij het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie. Kiest u voor een zorgverlener met een contract? Dan vergoeden wij het afgesproken tarief volledig. Kiest u liever toch voor een zorgverlener zonder contract maar belemmert de lagere vergoeding (65% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht bij gecontracteerde zorgverleners) uw keuze? Dan kunt u ons schriftelijk aangeven waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en vragen alsnog een hoger percentage te vergoeden. Wij nemen uw verzoek in behandeling en vertellen u binnen vier weken of wij u een hogere vergoeding (maximaal 75% van het van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners)) kunnen bieden.

Vergoedingen aanvullende module(s)

G. Module Zorg in het buitenland Europa

G.1 Waar bestaat de module Zorg in het buitenland Europa uit?

Zorg in het buitenland (Europa)	In deze module krijgt u vergoeding voor spoedeisende zorg en persoonlijke hulpverlening in Europa.
---------------------------------	--

Hieronder worden behalve Nederland, behoudens voor overige zorg, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan:

België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, Mayotte, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland. En daarnaast elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Bosnië-Herzegovina, Macedonië, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Voor Marokko en Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) geldt dat er vanuit deze module in deze landen recht op vergoeding bestaat voor spoedeisende zorg en persoonlijke hulpverlening, ondanks dat deze landen niet onder de Europese Unie vallen.

G.2 Hoe werkt het aan- en uitzetten van de module?

De module Zorg in het buitenland Europa, kunt u ook later in het jaar aanzetten

De ingangsdatum van de module is de 1e dag van de volgende maand waarop u uw verandering doorgeeft. Na het aanzetten loopt de door u afgesloten module door tot en met 31 december van het lopende kalenderjaar. Tussentijds uitzetten van de module is niet mogelijk.

Het uitzetten van de modules per 31 december moet u zelf regelen

Aan het eind van het lopende kalenderjaar maakt u weer opnieuw een keuze voor het nieuwe kalenderjaar. Via [MijnFBTO](#) op [fbto.nl](#) kunt u uw modules aan- en uitzetten.

G.3 Welke rechten heeft u bij spoedeisende zorg?

G.3.1 Spoedeisende medische zorg

Verblijft u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op spoedeisende medische zorg. Maar alleen als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten. 'Spoedeisend' betekent dat niet bekend was dat medische hulp tijdens het verblijf in het buitenland nodig was. Wij kunnen u vragen om te bewijzen aan onze medisch adviseur dat de medische hulp spoedeisend was.

Vergoedingen aanvullende module(s)

G.3.2 Vergoeding kosten spoedeisende medische zorg in het buitenland

Bij spoedeisende medische zorg in het buitenland heeft u of het verzekerd gezinslid recht op vergoeding van:

- kosten van behandeling door een arts;
- kosten van geneesmiddelen tot maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts. De geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek;
- verpleegkosten bij opname in een plaatselijk ziekenhuis. Dit ziekenhuis moet door de overheid zijn erkend. U of een verzekerde overlegt vooraf met de FBTO Alarmcentrale over de opname. Is dit overleg vooraf niet mogelijk? Informeer de FBTO Alarmcentrale dan zo snel mogelijk over de opname. Informeer u de FBTO Alarmcentrale te laat en zijn onze belangen hierdoor geschaad? Dan kunnen wij een deel van de verpleegkosten bij u in rekening brengen;
- kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer.

De beoordeling of er sprake is van zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en dat het gaat om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is, wordt gemaakt door de medisch adviseurs van FBTO of van de FBTO Alarmcentrale. Deze beoordeling is bepalend voor de vraag of de zorg voor vergoeding op grond van dit artikel in aanmerking komt.

Wat wij niet vergoeden

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

G.3.3 Opname in een ziekenhuis in het buitenland

Bij opname in een ziekenhuis in het buitenland onderneemt de FBTO Alarmcentrale actie om de directe betaling van kosten te garanderen. Na de melding kan de FBTO Alarmcentrale onderzoek doen naar de medische kosten en de noodzaak daarvan. U en eventuele verzekerden moeten meewerken aan dit onderzoek.

G.3.4 Vergoeding vervolgcosten

U en de verzekerde leden van het gezin hebben recht op:

- medisch noodzakelijke repatriëring naar een beter of gespecialiseerd ziekenhuis in het buitenland, als de behandelende artsen dit voorstellen. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk;
- medisch noodzakelijke repatriëring naar een ziekenhuis of de woonplaats in Nederland. Uitsluitend medische redenen bepalen de keuze van het vervoermiddel voor repatriëring. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk;
- vergoeding van kosten van de voorgeschreven medische begeleiding tijdens de repatriëring. In artikel [G.4.2](#) leest u wat de voorwaarde hiervoor is.

G.3.5 Hulpmiddelen in het buitenland

Krijgt u of een verzekerd gezinslid in het buitenland hulpmiddelen aangemeten als onderdeel van spoedeisende zorg? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

G.3.6 Vergoeding tandheelkundige hulp

U bent verzekerd als u of een verzekerd gezinslid tijdens de verzekerde periode in het buitenland tandheelkundige hulp nodig heeft die niet kan wachten tot na terugkeer in Nederland. Uw recht op vergoeding is beperkt tot de kosten van pijnbestrijding en het treffen van noodvoorzieningen.

Vergoedingen aanvullende module(s)

Heeft u of een verzekerd gezinslid door een ongeval in het buitenland tandheelkundige hulp nodig? Ook dan heeft u recht op vergoeding. Maar alleen als het ongeval tijdens de verzekerde periode plaatsvond. Zie artikel [C.6.1 Uw aanvullende module gaat in op 1 januari](#). Binnen 3 dagen na het ongeval geeft u door aan de FBTO Alarmcentrale dat u tandheelkundige hulp moest inroepen.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp niet als vóór de reis te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn. U of de verzekerde moet bewijzen dat niet redelijkerwijs te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp ook niet, als het ongeval het gevolg is van de omstandigheden die genoemd zijn in Clausuleblad Ongevallen. U vindt dit clausuleblad als bijlage bij deze voorwaarden.

Wij vergoeden de in dit artikel bedoelde tandheelkundige behandelingen tot een maximumbedrag van € 500,- per kalenderjaar, per verzekerde. Wij betalen het bedrag uit na ontvangst van de originele nota(s) van de tandarts.

G.4 Welke rechten heeft u bij persoonlijke hulpverlening in Europa?

G.4.1 Persoonlijke hulpverlening

Verblijft u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op persoonlijke hulpverlening. Maar alleen als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten.

G.4.2 Toestemming

U of een verzekerde heeft alleen recht op persoonlijke hulpverlening, als u zo snel mogelijk contact opneemt met de FBTO Alarmcentrale. Wij vergoeden alleen de kosten die u maakt met voorafgaande instemming van de FBTO Alarmcentrale.

G.4.3 Vergoeding kosten persoonlijke hulpverlening in het buitenland

Wordt u of een verzekerde opgenomen in een buitenlands ziekenhuis? Dan vergoeden wij:

- de reiskosten (heen- en terugreis) van maximaal 2 personen die overkomen uit Nederland. Maar alleen als de opname ten minste 5 dagen duurt en er geen familieleden ter plaatse zijn;
- de reiskosten (heen- en terugreis) voor 1 persoon die overkomt om verzekerde kinderen (tot 16 jaar) terug te begeleiden naar Nederland. Maar alleen als de oorspronkelijke begeleider hiertoe niet in staat is door omstandigheden die zich tijdens de reis hebben voorgedaan;
- de reiskosten (heen- en terugreis) voor 1 persoon die overkomt om lichamelijk of geestelijk gehandicapte verzekerde leden van het gezin terug te begeleiden naar Nederland. Maar alleen als de oorspronkelijke begeleider hiertoe niet in staat is door omstandigheden die zich tijdens de reis hebben voorgedaan;
- de verblijfkosten van degenen die uit Nederland zijn overgekomen voor persoonlijke hulpverlening. Wij vergoeden maximaal € 75,- per dag voor maximaal 10 dagen. Deze maximumvergoeding is niet per persoon, maar voor alle overgekomen personen samen.

G.4.4 Overlijden in het buitenland

Overlijdt tijdens de reis in het buitenland u of een verzekerd lid van het gezin?

Dan verzorgt de FBTO Alarmcentrale:

- alle formaliteiten ter plaatse (in overleg met de direct betrokkenen);
- de organisatie en de kosten van het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland.

Is transport van het stoffelijk overschot naar Nederland niet mogelijk of wenselijk?

Dan vergoeden wij in overleg met de direct betrokkenen de volgende kosten:

- de kosten van begravenis of crematie ter plaatse;
- de reiskosten voor overkomst en terugkeer naar Nederland in verband met de begravenis of crematie van familieleden van de overledene in de eerste en tweede graad;
- de verblijfkosten van deze personen gedurende maximaal 3 dagen.

Vergoedingen aanvullende module(s)

Let op!

Wij vergoeden dan maximaal het bedrag dat het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland zou hebben gekost.

G.4.5 Ziekenhuisopname in het buitenland

Is er sprake van ziekenhuisopname van u of een verzekerde? Dan vergoeden wij in verband met bezoek de gemaakte reiskosten tot maximaal € 250,- per ziekenhuisopname.

G.4.6 Opsporing, redding en vervoer

Als u of de verzekerden in een situatie terecht komen waardoor u of de verzekerden in het buitenland opgespoord, gered en vervoerd moeten worden naar de bewoonde wereld? Dan vergoeden wij de kosten die de officiële hulpverlenende instanties van dat land in rekening brengen.

G.4.7 Bestuurder voor het motorrijtuig

Kunt u door ziekte of ongeval van u of een verzekerde aan het einde van de vakantie niet terugreizen met een motorrijtuig? Dan laat u dit zien aan de adviseur van de FBTO Alarmcentrale. Zo nodig organiseert de FBTO Alarmcentrale op kosten van FBTO een bestuurder voor het motorrijtuig.

G.4.8 U bent niet verzekerd als u reist naar een gebied met kleurcode 'rood'

Was voordat u op reis ging bekend dat het Ministerie van Buitenlandse Zaken een kleurcode 'rood' gaf voor het land of gebied waar u heen gaat? Of hoorde dit bekend te zijn bij u? En gaat u toch? Dan heeft u er geen recht op dat wij de medische kosten betalen. U bent wel verzekerd als u al in een gebied bent op het moment dat dit gebied kleurcode 'rood' krijgt. U moet dan wel zo snel mogelijk uit het gebied vertrekken. De kosten om het gebied te verlaten zijn niet verzekerd. Kijk voor meer informatie op nederlandwereldwijd.nl/reizen/reisadviezen.