



Europese
Commissie

VEELGESTELDE VRAGEN

ter informatie voor patiënten
die gebruikmaken van
grensoverschrijdende
gezondheidszorg¹

Veelgestelde vragen

ter informatie voor patiënten die gebruikmaken van grensoverschrijdende gezondheidszorg¹

Uitgaande patiënten*

Op grond van de **Verordeningen (EG) nr. 883/2004** en **(EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid*** en **Richtlijn 2011/24/EU*** hebben patiënten het recht op vergoeding van kosten voor medische behandeling* in iedere andere lidstaat van de EU*/EER*. Er zijn verschillen met betrekking tot het aanbod van gedekte gezondheidsdiensten, de voorwaarden voor toegang tot medische behandeling* en de financiële implicaties. Dit hangt af van de regeling op grond waarvan de patiënt zich in het buitenland kan laten behandelen. Het is dan ook van groot belang dat patiënten zich goed over de verschillende gevolgen laten informeren voordat zij zich op grond van het ene of andere rechtsinstrument van de EU onder behandeling laten stellen.

Het hoort tot de taken van de nationale contactpunten* (NCP's) om patiënten van informatie te voorzien over hun rechten op grensoverschrijdende gezondheidszorg* in een ander land van de EU*/EER*. Daarnaast zijn NCP's verplicht patiënten op de hoogte te stellen van de prioriteit van de Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009* als aan de voorwaarden voor het verlenen van voorafgaande toestemming in het kader van hun werkingssfeer is voldaan. Om hun taak als informatieverstrekker ten opzichte van de patiënten te kunnen vervullen is het dan ook van groot belang dat NCP's goed op de hoogte zijn van de verschillen tussen de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid en Richtlijn 2011/24/EU.

NCP's kunnen het volgende model met veelgestelde vragen (FAQ) gebruiken op hun website of als uitgangspunt voor de persoonlijke advisering van en informatieverstrekking aan uitgaande patiënten op het gebied van patiëntenrechten en hun recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg* op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid* en Richtlijn 2011/24/EU*.

Het staat u vrij de onderstaande tekst geheel of gedeeltelijk te kopiëren op uw NCP-website of in uw communicatie met patiënten.

Afwijzing van aansprakelijkheid

Dit document is opgesteld op grond van het Gezondheidsprogramma (2014-2020) in het kader van een specifieke overeenkomst met het Uitvoerend Agentschap voor consumenten, gezondheid, landbouw en voeding Chafea), dat handelt onder het mandaat van de Europese Commissie. Dit verslag is een weergave van de zienswijzen van de contractant, die de volledige verantwoordelijkheid voor de inhoud draagt; het verslag mag in geen geval worden opgevat als een weergave van de zienswijzen van de Europese Commissie en/of Chafea dan wel enige andere instantie van de Europese Unie. De Europese Commissie en/of Chafea garanderen niet dat de gegevens in dit verslag juist zijn en aanvaarden geen verantwoordelijkheid voor enig gebruik hiervan door derden.

¹ De termen in deze veelgestelde vragen waar een sterretje (*) achter staat, worden in de begeleidende alfabetische woordenlijst uitgelegd.

Overzicht

Rechten van patiënten op grensoverschrijdende gezondheidszorg
Wat betekent het Europese recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg*?
Wat is het rechtskader voor grensoverschrijdende gezondheidszorg* op grond van het EU-recht?
Wat is Richtlijn 2011/24/EU betreffende de rechten van patiënten?
Wat zijn de verordeningen inzake sociale zekerheid?
Heb ik andere mogelijkheden om mij in het buitenland te laten behandelen dan het rechtskader van Richtlijn 2011/24/EU en de verordeningen inzake sociale zekerheid*?
Heb ik recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg?
In welke landen kan ik mij laten behandelen?
Spoedeisende behandeling tijdens mijn verblijf in het buitenland, zoals een vakantie, familiebezoek, zakenreis of studie-uitwisseling
Wat als ik tijdens mijn verblijf in het buitenland onverwachts ziek word of gewond raak?
Wat betekent medisch noodzakelijke behandeling*?
Wat als ik weet dat de mogelijkheid bestaat dat ik tijdens mijn verblijf in het buitenland moet worden behandeld in verband met mijn zwangerschap of chronische ziekte?
Wat is de Europese ziekteverzekeringskaart*?
Wanneer kan ik mijn Europese ziekteverzekeringskaart* gebruiken?
Welke behandelingen worden door de Europese ziekteverzekeringskaart* gedekt?
Wat als ik mijn Europese ziekteverzekeringskaart* niet bij me heb of niet kan gebruiken?
Moet ik de behandeling in het buitenland zelf betalen of worden de kosten rechtstreeks vergoed door mijn nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar*?
Welk bedrag wordt vergoed?
Welke kosten kunnen worden vergoed?
Waar vind ik informatie over het aanvragen van vergoeding?
Wat als ik het niet eens ben met de beslissing van mijn nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* ten aanzien van mijn verzoek om vergoeding?
Heb ik een particuliere reisverzekering of particuliere/aanvullende ziektekostenverzekering nodig?
Welke gezondheidsdiensten worden gedekt door mijn particuliere verzekering?
Hoe weet ik met wie ik contact moet opnemen en naar welke zorgaanbieder of welk ziekenhuis ik moet gaan in geval van onverwachte ziekte of verwonding in het buitenland?
Behandeling in het buitenland (geplande behandeling in het buitenland)
Heb ik het recht om mij in het buitenland te laten behandelen?
Wat zijn de verschillen tussen behandeling in het buitenland op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid* en op grond van Richtlijn 2011/24/EU*?
Wat voor behandeling kan ik in het buitenland ondergaan?
Valt telegeneeskunde* onder de dekking?
Wat betekent <i>voorafgaande toestemming</i> *?
Heb ik altijd voorafgaande toestemming* van mijn nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* nodig voordat ik naar het buitenland ga?
Kan ik zelf bepalen of ik een verzoek om voorafgaande toestemming* indien op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid* dan wel op grond van Richtlijn 2011/24/EU*?
Waar vind ik informatie over hoe ik om voorafgaande toestemming* verzoek?
Welke instelling is verantwoordelijk voor het verlenen van voorafgaande toestemming*?
Wat als ik me in het buitenland laat behandelen zonder eerst de verplichte voorafgaande

toestemming* te verkrijgen?
Wat als ik het niet eens ben met de beslissing van mijn nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* ten aanzien van mijn verzoek om voorafgaande toestemming?
Heb ik een verwijzing nodig voordat ik toegang kan krijgen tot de behandeling in het buitenland?
Moet ik de behandeling zelf betalen?
Welk bedrag wordt vergoed?
Waar kan ik informatie krijgen over de prijzen van de gewenste behandeling?
Welke kosten kunnen worden vergoed?
Waar vind ik informatie over het aanvragen van vergoeding?
Wat als ik het niet eens ben met de beslissing van mijn nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* ten aanzien van mijn verzoek om vergoeding?
Hoe win ik informatie in over behandel mogelijkheden in het buitenland?
Hoe weet ik met welke zorgaanbieder in het buitenland ik contact moet opnemen?
Kwaliteit en veiligheid
Waar kan ik informatie krijgen over de kwaliteit van behandeling in een ander land?
Waar kan ik meer informatie krijgen over een specifieke zorgaanbieder of specifiek ziekenhuis in het buitenland?
Medische dossiers en taal
Waar kan ik meer informatie krijgen over de taal van behandeling in een ander land?
Hoe kan ik mijn medische dossiers naar het buitenland laten doorgeven?
Vervolg zorg
Wat als ik na een behandeling in het buitenland vervolgzorg nodig heb?
Klachten en verhaal
Wat als de behandeling in het buitenland niet naar tevredenheid is verlopen of als er iets misgaat?
Waar vind ik meer informatie over de mogelijkheden die ik heb om een klacht in te dienen en verhaal te halen?
Recepten in het buitenland
Kan ik de recepten die zijn uitgeschreven door mijn behandelende zorgaanbieder in mijn eigen land, inleveren bij een apotheek in het buitenland?
Worden mijn kosten voor het geneesmiddel op recept ook vergoed als ik het in het buitenland koop?
Nationale contactpunten
Wat zijn nationale contactpunten?
Hoe neem ik contact op met een nationaal contactpunt?
Zeldzame ziekten
Welke mogelijkheden heb ik voor nieuwe of alternatieve behandeling in het buitenland die niet beschikbaar is in mijn land van herkomst*?
Wat zijn Europese referentienetwerken?
Waar kan ik informatie krijgen over patiëntenorganisaties in een ander land?
Wonen in het buitenland
Hoe zit het met mijn verzekering voor sociale zekerheid als ik mij in het buitenland wil vestigen?
Wie is gerechtigd om voorafgaande toestemming voor grensoverschrijdende gezondheidszorg te verlenen wanneer ik in een ander land woon dan het land waar ik voor sociale zekerheid ben verzekerd?
Heb ik recht op gezondheidszorg als ik tijdelijk weer verblijf in het land waar ik voor sociale zekerheid ben verzekerd?
Met welk nationale contactpunt moet ik contact opnemen voor meer informatie, het nationale

contactpunt van het land waar ik voor sociale zekerheid verzekerd ben of het nationale contactpunt van het land waar ik woon?

① Rechten van patiënten op grensoverschrijdende gezondheidszorg

1.1. Omschrijving en rechtskader van grensoverschrijdende gezondheidszorg

Wat betekent het Europese recht op *grensoverschrijdende gezondheidszorg*?

Op grond van het EU-recht kan grensoverschrijdende gezondheidszorg* (vaak aangeduid als *behandeling in het buitenland*) worden omschreven als gezondheidszorg die wordt ontvangen buiten het land van herkomst* van de patiënt, in een ander land van de EU*/EER*, waarbij er geen sprake hoeft te zijn van een gemeenschappelijke geografische grens tussen beide landen.

Als burger van de EU*/EER* hebt u recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg*, dat wil zeggen *recht op toegang tot medische diagnose en medische behandeling evenals op het laten voorschrijven, verstrekken en leveren van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in ieder land van de EU*/EER*, waarbij de kosten worden vergoed door uw land van herkomst**. Dientengevolge hebt u het recht om niet te worden gediscrimineerd op basis van uw nationaliteit ten aanzien van toegang tot en prijzen van gezondheidszorg in heel Europa.

Wat is het rechtskader voor grensoverschrijdende gezondheidszorg* op grond van het EU-recht?

Op grond van het EU-recht zijn er twee verschillende routes om toegang te krijgen tot grensoverschrijdende gezondheidszorg* en de kosten te laten vergoeden op grond van het socialezekerheidsstelsel in uw land:

- Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid*
- Richtlijn 2011/24/EU betreffende de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg*

Beide rechtsinstrumenten zijn in samenhang van toepassing op de situatie van behandeling in het buitenland. Dientengevolge staat het u vrij te kiezen op grond van welke route u van uw rechten op het gebied van grensoverschrijdende gezondheidszorg* wilt gebruikmaken.

U moet echter goed op de hoogte zijn van de verschillende onderliggende beginselen van beide instrumenten:

- op grond van de Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009* hebt u recht op vergoeding van de kosten voor uw behandeling in het buitenland *alsof u bent verzekerd op grond van het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat van behandeling**;
- op grond van Richtlijn 2011/24/EU hebt u recht op vergoeding van de kosten voor behandeling in het buitenland *alsof de behandeling in uw land van herkomst* plaatsvindt*.

Deze verschillende uitgangspunten leiden tot verschillen tussen het aanbod van verzekerde gezondheidsdiensten, de voorwaarden voor toegang tot medische behandeling en de financiële implicaties op grond van beide routes.

Wat is Richtlijn 2011/24/EU betreffende de rechten van patiënten?

Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg* van 9 maart 2011 biedt iedere burger van de EU*/EER* *nieuwe mogelijkheden om in het buitenland toegang tot gezondheidszorg te krijgen* en de medische kosten geheel of gedeeltelijk te laten vergoeden, afgezien van reeds bestaande mogelijkheden op grond van de Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009*. Daarnaast

- maakt Richtlijn 2011/24/EU* het *gemakkelijker om toegang tot informatie te krijgen* over alle relevante aspecten van grensoverschrijdende gezondheidszorg*, bijvoorbeeld door de lidstaten te verplichten nationale contactpunten* (NCP's*) op te zetten om patiënten te voorzien van duidelijke en toegankelijke informatie;
- is in Richtlijn 2011/24/EU* een *reeks minimale patiëntenrechten* vastgesteld, waarmee de juridische positie van mobiele patiënten wordt versterkt, waarmee veilige en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg in het buitenland wordt gewaarborgd en waarmee wordt gewaarborgd dat er transparante procedures zijn voor klachten en verhaal voor het geval er iets misgaat;
- wordt met Richtlijn 2011/24/EU* de *samenwerking tussen landen* gestimuleerd (bijvoorbeeld door Europese referentienetwerken* of e-gezondheid), waarbij ernaar wordt gestreefd patiënten die gespecialiseerde behandeling nodig hebben, of patiënten met een zeldzame ziekte meer keus in zorgaanbieders te bieden en gemakkelijker toegang te geven tot gespecialiseerde behandeling in het buitenland.

Op grond van Richtlijn 2011/24/EU* hebben patiënten het recht op toegang tot gezondheidszorg in ieder land van de EU*/EER* en op vergoeding van de kosten alsof de behandeling in het land van herkomst* van de patiënt plaatsvindt.

Dientengevolge moet u in geval van behandeling in het buitenland op grond van Richtlijn 2011/24/EU* de kosten voor de behandeling in het buitenland voorschieten. Vervolgens hebt u, wanneer u weer thuis bent, recht op vergoeding* achteraf door uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar*, overeenkomstig de regels en tarieven die van toepassing zijn op behandeling in uw land van herkomst*.

Richtlijn 2011/24/EU is alleen van toepassing als de behandeling die u in het buitenland hebt ondergaan, wordt gedekt door het socialezekerheidsstelsel in uw land van herkomst*. Als een behandeling niet wordt gedekt door uw ziekenfondsverzekering, hebt u ook geen recht op vergoeding* wanneer de behandeling in het buitenland plaatsvindt. Als de behandeling echter op grond van uw sociale verzekering inderdaad recht geeft op ziekte-uitkering, hebt u ook recht op vergoeding* als de behandeling in het buitenland plaatsvindt, ongeacht de vraag of de behandeling is verstrekt door een publieke* of particuliere zorgaanbieder*.

Grensoverschrijdende gezondheidszorg in Zwitserland* valt buiten de werkingssfeer van Richtlijn 2011/24/EU*.

Wat zijn de verordeningen inzake sociale zekerheid?

De Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009* zijn:

- Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels,
- Verordening (EG) nr. 987/2009 van het Europees Parlement en de Raad van 16 september 2009 tot vaststelling van de wijze van toepassing van Verordening (EG) nr. 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (ook aangeduid als de *uitvoeringsverordening*).

Met de verordeningen inzake sociale zekerheid wordt beoogd de socialezekerheidsstelsels te coördineren en de rechten van de burgers van de EU*/EER* of Zwitserland te beschermen wanneer zij naar een ander land van de EU*/EER* of Zwitserland* verhuizen of reizen. Met de verordeningen wordt beoogd patiënten een breed scala van mogelijkheden voor toegang tot behandeling te bieden buiten hun land van herkomst:

- medisch noodzakelijke behandeling op grond van de Europese ziekteverzekeringskaart* tijdens een kort verblijf in het buitenland, zoals een vakantie, zakenreis, familiebezoek enz. (ook

aangeduid als *ongeplande behandeling*);

- als de patiënt zich in het buitenland wil laten behandelen met voorafgaande toestemming* (S2-formulier*) van de nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* van de patiënt (ook aangeduid als *geplande behandeling*);
- bijzondere permanente regeling voor gedetacheerde arbeiders, grensarbeiders en gepensioneerden die wonen buiten het land waar zij voor sociale zekerheid zijn verzekerd.

Op grond van de Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009* hebben patiënten recht op vergoeding van de kosten voor behandeling in het buitenland *alsof zij zijn verzekerd op grond van het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat van behandeling**.

U hebt recht op gezondheidszorg die wordt verstrekt op grond van het socialezekerheidsstelsel van het land waar u verblijft. Hiervoor hoeft u slechts een bewijs te tonen dat u voor sociale zekerheid bent verzekerd in uw land van herkomst: de Europese ziekteverzekeringskaart* voor ongeplande behandeling en het Europese S2-formulier* voor geplande behandeling.

De verordeningen inzake sociale zekerheid* zijn van toepassing op alle gezondheidszorg die recht geeft op ziekte-uitkering op grond van het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat van behandeling*. Als gevolg hiervan is het mogelijk dat de behandeling uitgebreider is dan de diensten die worden gedekt door de ziekenfondsverzekering in uw land van herkomst*.

Uw kosten worden vergoed op basis van de betalingswijze en tarieven die gelden in de lidstaat van behandeling*. Als gevolg hiervan zult u in de meeste gevallen kosteloos worden behandeld (betaling aan derden*), waarbij u soms een beperkt bedrag aan eigen bijdrage/remgeld* betaalt. Als u echter alle kosten van de behandeling moet voorschieten, kunt u achteraf om vergoeding* vragen. Dit doet u bij de lokale socialezekerheidsinstantie terwijl u nog in het buitenland bent of bij uw eigen nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* wanneer u weer thuis bent. In beide gevallen is het tarief van vergoeding* van de lidstaat van behandeling* van toepassing.

In sommige gevallen kunnen patiënten in het buitenland worden behandeld op grond van een permanente regeling:

(! Gezinsleden van grensarbeiders die wonen in een land op de lijst van bijlage III bij Verordening (EG) nr. 883/2004, zijn uitgesloten van de hieronder genoemde bijzondere regelingen.)*

- (Gedetacheerde) arbeiders, met inbegrip van grensarbeiders*, die wonen in een ander land dan het land waar zij werken en voor sociale zekerheid zijn verzekerd, hebben recht op gezondheidszorg tijdens een verblijf in het land waar zij werken op kosten van en overeenkomstig de wetgeving van dat land, alsof de persoon in kwestie in dat land woont.
- Gepensioneerden die wonen buiten het land waar zij voor sociale zekerheid zijn verzekerd, hebben tijdens een verblijf in het land waar zij voor sociale zekerheid zijn verzekerd, mogelijk recht op gezondheidszorg op kosten van en overeenkomstig de wetgeving van dat land, alsof de persoon in kwestie in dat land woont (alleen van toepassing als het land van de socialezekerheidsverzekering voor deze regeling heeft gekozen en is opgenomen in bijlage IV bij Verordening (EG) nr. 883/2004*).
- Gepensioneerde grensarbeiders houden recht op behandeling in het land waar zij voor het laatst werk hebben verricht, voor zover het gaat om een voortzetting van een behandeling die al is aangevangen toen zij nog werkten. In sommige gevallen houdt een gepensioneerde grensarbeider het recht op gezondheidszorg in het land waar hij/zij voorheen werkte, ongeacht de vraag of er sprake is van een voortgezette behandeling, op kosten van dat land en overeenkomstig de wetgeving van dat land, alsof de persoon in kwestie in dat land woont. Dit is het geval als hij/zij in de vijf jaar voorafgaand aan de ingangsdatum van zijn/haar pensioen ten minste twee jaar heeft gewerkt als grensarbeider en zowel de lidstaat waar hij/zij voorheen werkte als het land waar hij/zij voor sociale zekerheid is verzekerd, hiervoor heeft gekozen en is

opgenomen in de lijst in bijlage V bij Verordening (EG) nr. 883/2004*.
Heb ik andere mogelijkheden om mij in het buitenland te laten behandelen dan het rechtskader van Richtlijn 2011/24/EU en de verordeningen inzake sociale zekerheid*?
Aangezien sociale zekerheid de bevoegdheid van de lidstaten blijft, is het mogelijk dat u ook recht hebt op grensoverschrijdende gezondheidszorg* op grond van enkel nationale wetgeving, bijvoorbeeld op grond van nationale gezondheidszorgprojecten voor grensgebieden.
Informeer bij uw nationale gezondheidsdienst*/ziektelkostenverzekeraar* naar al uw verschillende opties om toegang te krijgen tot gezondheidszorg in het buitenland.

1.2. Wie heeft recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg? Welke landen vallen onder de dekking?

Heb ik recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg?
De verordeningen inzake sociale zekerheid* gelden voor: <ul style="list-style-type: none"> • onderdanen, staatlozen en vluchtelingen die wonen in een land van de EU*/EER* of Zwitserland op wie de socialezekerheidswetgeving van een of meer van deze landen van toepassing is of is geweest, evenals hun gezinsleden en nabestaanden; • onderdanen van landen buiten de EU*/EER* die legaal in een land van de EU*/EER* of Zwitserland* verblijven, met uitzondering van onderdanen van landen buiten de EU*/EER* in Denemarken, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland. Richtlijn 2011/24/EU* geldt voor: <ul style="list-style-type: none"> • onderdanen, staatlozen en vluchtelingen die wonen in een land van de EU*/EER* op wie de socialezekerheidswetgeving van een of meer van deze landen van toepassing is of is geweest, evenals hun gezinsleden en nabestaanden; • onderdanen van landen buiten de EU*/EER* die legaal in een land van de EU*/EER* verblijven, met inbegrip van onderdanen van landen buiten de EU*/EER* in Denemarken, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland.
In welke landen kan ik mij laten behandelen?
Op grond van de Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 kunt u toegang tot gezondheidszorg krijgen in ieder land van de EU*/EER* of Zwitserland*.
Op grond van Richtlijn 2011/24/EU* kunt u toegang krijgen tot gezondheidszorg in ieder land van de EU*/EER*. De richtlijn geldt echter niet voor grensoverschrijdende gezondheidszorg in Zwitserland.

② Spoedeisende behandeling tijdens mijn verblijf in het buitenland, zoals een vakantie, familiebezoek, zakenreis of studie-uitwisseling

2.1. Onverwachte ziekte of verwonding tijdens een verblijf in het buitenland

Wat als ik tijdens mijn verblijf in het buitenland onverwachts ziek word of gewond raak?
Als u tijdens uw verblijf in het buitenland ziek wordt of gewond raak, bijvoorbeeld door een ski- of

auto-ongeval of door een ongelukkige val, hebt u recht op medisch noodzakelijke behandeling* en op vergoeding van de kosten dankzij uw socialezekerheidsverzekering/recht op publieke gezondheidsdiensten in uw land van herkomst*.

Doorgaans kunt u uw kosten laten vergoeden op vertoon van uw Europese ziekteverzekeringskaart* aan de behandelende zorgaanbieder in het buitenland. Uw Europese ziekteverzekeringskaart* is een gratis kaart die wordt afgegeven door uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* als bewijs dat u valt onder de dekking van het socialezekerheidsstelsel van uw land van herkomst*.

Op vertoon van uw Europese ziekteverzekeringskaart* hebt u recht op medisch noodzakelijke behandeling* op grond van de Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009*: u hebt recht op gezondheidszorg *alsof u bent verzekerd op grond van het socialezekerheidsstelsel van het land waar u verblijft* (en dus als binnenlandse patiënt met een ziekenfondsverzekering). Uw kosten worden vergoed op basis van de betalingswijze en tarieven die gelden in het land waar u verblijft. Als gevolg hiervan zult u in de meeste gevallen kosteloos worden behandeld (betaling aan derden*), waarbij u soms een beperkt bedrag aan eigen bijdrage/remgeld* betaalt. Als u echter alle kosten van de behandeling moet voorschieten, kunt u achteraf om vergoeding* vragen. Dit doet u bij de lokale socialezekerheidsinstantie terwijl u nog in het buitenland bent of bij uw eigen nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* wanneer u weer thuis bent. In beide gevallen is het tarief van vergoeding* van de lidstaat van behandeling* van toepassing.

Uw Europese ziekteverzekeringskaart* is uitsluitend bruikbaar wanneer u wordt behandeld in een publiek ziekenhuis of door een publieke zorgaanbieder*. Gezondheidszorg die wordt verstrekt door een particuliere zorgaanbieder* of in een particulier ziekenhuis, valt doorgaans niet onder de dekking, behalve in bepaalde gevallen waarbij de particuliere zorgaanbieder of het particuliere ziekenhuis een overeenkomst heeft met of is aangesloten bij het socialezekerheidsstelsel en gerechtigd is diensten te verlenen in het kader van de socialezekerheidswetgeving.

Als uw Europese ziekteverzekeringskaart* niet geldig of bruikbaar is, bijvoorbeeld omdat u wordt behandeld in een particulier ziekenhuis, krijgt u een behandeling als van een particuliere patiënt. In dit geval betaalt u ofwel de behandeling particulier ofwel kunt u vergoeding* aanvragen op grond van Richtlijn 2011/24/EU*.

Op grond van Richtlijn 2011/24/EU hebt u, wanneer u weer thuis bent, recht op vergoeding* achteraf door uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar*, overeenkomstig de regels en tarieven die van toepassing zijn op behandeling in uw land van herkomst*.

Bedenk echter dat Richtlijn 2011/24/EU* alleen van toepassing is als de behandeling die u in het buitenland hebt ondergaan, wordt gedekt door het socialezekerheidsstelsel in uw land van herkomst*. Als een behandeling niet wordt gedekt door uw ziekenfondsverzekering, hebt u ook geen recht op vergoeding* wanneer de behandeling in het buitenland plaatsvindt. Als de behandeling echter op grond van uw sociale verzekering inderdaad recht geeft op ziekte-uitkering, hebt u ook recht op vergoeding* als de behandeling in het buitenland plaatsvindt, ongeacht de vraag of de behandeling is verstrekt door een publieke* of particuliere zorgaanbieder*.

Grensoverschrijdende gezondheidszorg* in Zwitserland* valt buiten de werkingssfeer van Richtlijn 2011/24/EU*.

Neem voor meer informatie contact op met uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* of het nationale contactpunt* in uw land van herkomst*.

Wat betekent medisch noodzakelijke behandeling*?

Medisch noodzakelijke behandeling* is behandeling vanwege onverwachte ziekte of verwonding tijdens een kort verblijf in het buitenland, zoals een vakantie, zakenreis, familiebezoek of studie-uitwisseling, die u moet ondergaan om te voorkomen dat u eerder dan gepland naar huis moet terugkeren. De behandeling mag in geen geval de reden zijn geweest om naar het buitenland te gaan.

Medisch noodzakelijke behandeling*, ook aangeduid als ongeplande behandeling* in het buitenland, is de situatie tegengesteld aan het geval waarin u naar het buitenland reist met het uitdrukkelijke doel om toegang te krijgen tot gezondheidszorg, ook aangeduid als geplande behandeling* in het buitenland:

- ongeplande behandeling*: u hebt medisch noodzakelijke behandeling* nodig als gevolg van onverwachte ziekte of verwonding terwijl u in het buitenland bent, bijvoorbeeld tijdens een vakantie, zakenreis, familiebezoek of studie-uitwisseling;
- geplande behandeling*: de behandeling in het buitenland is de reden dat u in het buitenland verblijft.

Uw Europese ziekteverzekeringskaart* geldt alleen voor medisch noodzakelijke behandeling*.

Wat als ik weet dat de mogelijkheid bestaat dat ik tijdens mijn verblijf in het buitenland moet worden behandeld in verband met mijn zwangerschap of chronische ziekte?

De Europese ziekteverzekeringskaart* geldt ook als u lijdt aan een chronische ziekte (zoals diabetes, astma, kanker of chronische nierziekte) of als u zwanger bent en van tevoren weet dat de mogelijkheid bestaat dat u tijdens uw verblijf medische behandeling* nodig hebt. Zolang toegang tot medische behandeling*, bijvoorbeeld om te bevallen of behandeling ten aanzien van zwangerschap of chronische ziekte te ondergaan, niet het uitdrukkelijke doel van uw reis was, wordt dit als medisch noodzakelijke behandeling* beschouwd op grond van de Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009*.

Voor vitale zorg waarvoor gespecialiseerde apparatuur of personeel nodig is, moet u voorafgaande toestemming vragen aan het ziekenhuis of de zorginstelling waar u zich wilt laten behandelen. Op deze manier kan de instelling in het buitenland ervoor zorgen dat uw behandeling tijdens uw verblijf in het buitenland beschikbaar is en kan worden voortgezet. Voorbeelden van dergelijke behandelingen zijn nierdialyse, oxygeentherapie, speciale astmabehandeling en chemotherapie.

2.2. De Europese ziekteverzekeringskaart

Wat is de Europese ziekteverzekeringskaart*?

De Europese ziekteverzekeringskaart* (EHIC*) is een gratis kaart die wordt afgegeven door uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* als bewijs dat u valt onder de dekking van het socialezekerheidsstelsel van uw land van herkomst* en dus recht hebt op publieke gezondheidszorg. Met de EHIC* hebt u recht op vergoeding van kosten voor medisch noodzakelijke behandeling* tijdens een kort verblijf in een ander land van de EU*/EER* of Zwitserland*, bijvoorbeeld een vakantie of studie-uitwisseling, onder dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde kosten (in sommige landen kosteloos) als binnenlandse patiënten met een ziekenfondsverzekering op grond van het socialezekerheidsstelsel van dat land (d.w.z. grensoverschrijdende gezondheidszorg* op grond van de Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009*).

- De Europese ziekteverzekeringskaart* is aan te vragen bij uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar*.
- De kaart wordt kosteloos verstrekt.

- Elk gezinslid moet een eigen kaart hebben.

Uw Europese ziekteverzekeringskaart* is uitsluitend bruikbaar wanneer u wordt behandeld in een publiek ziekenhuis of door een publieke zorgaanbieder*. Gezondheidszorg die wordt verstrekt door een particuliere zorgaanbieder* of in een particulier ziekenhuis, valt doorgaans niet onder de dekking, behalve in bepaalde gevallen waarbij de particuliere zorgaanbieder of het particuliere ziekenhuis een overeenkomst heeft met of is aangesloten bij het socialezekerheidsstelsel en gerechtigd is diensten te verlenen in het kader van de socialezekerheidswetgeving.

Daarnaast kunnen onderdanen van landen buiten de EU*/EER* die legaal in een land van de EU*/EER* verblijven, hun Europese ziekteverzekeringskaart* niet gebruiken voor ongeplande behandeling* gedurende een tijdelijk verblijf in Denemarken, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland.

Voor meer informatie over de Europese ziekteverzekeringskaart* en hoe deze in de verschillende lidstaten van de EU*/EER* of Zwitserland* te gebruiken, kunt u terecht bij de nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* of het nationale contactpunt*. Ook kunt u de gratis EHC*-app ("*mobiele Europese ziekteverzekeringskaart-app*" — beschikbaar in 25 talen) van de Europese Commissie downloaden.

Wanneer kan ik mijn Europese ziekteverzekeringskaart* gebruiken?

- De Europese ziekteverzekeringskaart* is alleen te gebruiken in geval van medisch noodzakelijke behandeling* gedurende een tijdelijk verblijf (vakantie, zakenreis enz.) in een ander land van de EU*/EER* of Zwitserland*.
- De Europese ziekteverzekeringskaart* geldt alleen voor gezondheidszorg die wordt verstrekt in een publiek ziekenhuis of door een publieke zorgaanbieder*. Gezondheidszorg die wordt verstrekt door een particuliere zorgaanbieder* of in een particulier ziekenhuis, valt doorgaans niet onder de dekking, behalve in bepaalde gevallen waarbij de particuliere zorgaanbieder of het particuliere ziekenhuis een overeenkomst heeft met of is aangesloten bij het socialezekerheidsstelsel en gerechtigd is diensten te verlenen in het kader van de socialezekerheidswetgeving.
- Daarnaast dekt de Europese ziekteverzekeringskaart* alleen de kosten van uw medische behandeling* als de behandeling in kwestie recht geeft op ziekte-uitkering in het kader van de socialezekerheidswetgeving van het land waar u verblijft.
- Door de zorgaanbieder in het buitenland wordt uitsluitend een geldige Europese ziekteverzekeringskaart* aanvaard. Vraag uw kaart ruim voordat u vertrekt aan wanneer u van plan bent naar het buitenland te reizen. Laat de kaart op tijd vernieuwen als dit nodig is.

Onderdanen van landen buiten de EU*/EER* die legaal in een land van de EU*/EER* verblijven, kunnen hun Europese ziekteverzekeringskaart niet gebruiken voor ongeplande behandeling* gedurende een tijdelijk verblijf in Denemarken, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland.

Welke behandelingen zijn door de Europese ziekteverzekeringskaart* gedekt?

De Europese ziekteverzekeringskaart* dekt uitsluitend medisch noodzakelijke behandeling* (ongeplande behandeling*) die wordt gedekt door het socialezekerheidsstelsel van het land waar u verblijft en die wordt verstrekt door een publieke zorgaanbieder*.

Behandeling die wordt verstrekt door een particuliere zorgaanbieder of in een particulier ziekenhuis, valt in het algemeen niet onder de dekking, behalve in bepaalde gevallen waarbij de particuliere zorgaanbieder of het particuliere ziekenhuis een overeenkomst heeft met of is aangesloten bij het socialezekerheidsstelsel en gerechtigd is diensten te verlenen in het kader van de socialezekerheidswetgeving.

Wat als ik mijn Europese ziekteverzekeringskaart* niet bij me heb of niet kan gebruiken?

Als u met spoed moet worden behandeld maar de Europese ziekteverzekeringskaart* niet bij u hebt of als uw kaart niet door de behandelende zorgaanbieder in het buitenland wordt aanvaard, neemt u zo spoedig mogelijk contact op met de nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* in uw eigen land. Mogelijk kan op deze manier bij de lokale instellingen worden aangetoond dat u voor sociale zekerheid bent gedekt, zodat u de kosten niet hoeft voor te schieten.

Wordt uw kaart dan nog niet aanvaard, dan kunt u het probleem mogelijk oplossen via Solvit. Door Solvit worden de autoriteiten eraan herinnerd wat uw EU-rechten zijn en worden zij bijgestaan bij het oplossen van het probleem. Raadpleeg voor meer informatie de webpagina van Solvit: www.ec.europa.eu/solvit

Als uw Europese ziekteverzekeringskaart* niet geldig of bruikbaar is, bijvoorbeeld omdat u wordt behandeld in een particulier ziekenhuis, krijgt u een behandeling als van een particuliere patiënt. In dit geval betaalt u ofwel de behandeling particulier ofwel kunt u vergoeding* aanvragen op grond van Richtlijn 2011/24/EU*.

Op grond van Richtlijn 2011/24/EU* bent u gerechtigd vergoeding* aan te vragen voor de kosten van gezondheidszorg die u in het buitenland hebt gemaakt, tegen dezelfde voorwaarden en tarieven die zouden gelden indien de behandeling in uw land van herkomst* had plaatsgevonden.

Richtlijn 2011/24/EU* is ook van toepassing op gezondheidszorg die wordt verstrekt in een particulier ziekenhuis of door een particuliere zorgaanbieder* die geen overeenkomst heeft met en niet is aangesloten bij het socialezekerheidsstelsel. Zolang de behandeling in kwestie wordt gedekt door de sociale zekerheid in uw eigen land, hebt u recht op vergoeding* van de behandeling in ieder land van de EU*/EER*, ongeacht de vraag of de behandeling wordt verstrekt door een publieke* of particuliere zorgaanbieder*.

Belangrijkste beginselen van Richtlijn 2011/24/EU*:

- u hebt alleen recht op behandeling die is gedekt op grond van het socialezekerheidsstelsel in uw land van herkomst*;
- in eerste instantie schiet u alle kosten voor*;
- als u weer thuis bent, kunt u bij de nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* verzoeken om vergoeding*;
- uw medische kosten worden vergoed tot het bedrag dat zou zijn vergoed als u in uw eigen land was behandeld.

Grensoverschrijdende gezondheidszorg* in Zwitserland* valt buiten de werkingssfeer van Richtlijn 2011/24/EU*.

2.3. Hoe zit het met de kosten van de behandeling die ik heb ondergaan?

Moet ik de behandeling in het buitenland zelf betalen of worden de kosten rechtstreeks vergoed door mijn nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar*?

Of u de kosten van de behandeling rechtstreeks kunt laten vergoeden door uw nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* (betaling aan derden*) of alle kosten moet voorschieten en achteraf kunt laten vergoeden*, hangt af van de vraag of u medisch noodzakelijke behandeling* hebt ondergaan op grond van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid*, op grond van uw Europese ziekteverzekeringskaart* of op grond van

Richtlijn 2011/24/EU*, bijvoorbeeld als u bent behandeld in een particulier ziekenhuis.

- Op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid* hangt de betalingswijze af van het stelsel in de lidstaat van behandeling*. Aangezien de behandeling wordt verricht alsof u bent verzekerd op grond van het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat van behandeling*, hebt u dezelfde rechten ten aanzien van de betalingswijze als een binnenlandse patiënt met een ziekenfondsverzekering. Er zijn twee mogelijkheden:
 - ❖ De benodigde behandeling is kosteloos (hetgeen vaak het geval kan zijn), soms in combinatie met een beperkt bedrag aan eigen bijdrage/remgeld*. Is dit het geval, dan worden de kosten rechtstreeks vereffend tussen de zorgaanbieder en de socialezekerheidsinstantie van de lidstaat van behandeling. De instantie van het andere land zal vervolgens automatisch contact opnemen met de nationale gezondheidsdienst*/ziektelkostenverzekeraar* in uw eigen land om de kosten te vergoeden. U hoeft verder niets te doen.
 - ❖ U moet alle kosten van de behandeling zelf betalen en achteraf om vergoeding* vragen. Dit doet u bij de lokale socialezekerheidsinstantie terwijl u nog in het buitenland bent of bij uw eigen nationale gezondheidsdienst*/ziektelkostenverzekeraar* wanneer u weer thuis bent. In beide gevallen is het tarief van vergoeding* van de lidstaat van behandeling* van toepassing.
- Op grond van Richtlijn 2011/24/EU* moet u de kosten van uw behandeling altijd voorschieten. U betaalt alle facturen rechtstreeks aan de zorgaanbieder/het ziekenhuis in het buitenland. Na thuiskomst kunt u bij de nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* verzoeken om vergoeding*. Het toegepaste tarief van vergoeding* is hetzelfde als voor behandeling in uw land van herkomst*.

Welk bedrag wordt vergoed?

Het bedrag aan kosten dat wordt vergoed, hangt af van de vraag of u een medisch noodzakelijke behandeling* hebt ondergaan op grond van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid*, waarbij u van uw Europese ziekteverzekeringskaart* hebt gebruikgemaakt, of op grond van Richtlijn 2011/24/EU*, bijvoorbeeld als uw behandeling in een particulier ziekenhuis heeft plaatsgevonden.

- Op grond van de Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009* worden uw kosten vergoed overeenkomstig het bedrag waarin de regels en wetgeving van de lidstaat van behandeling* voorzien.
- Op grond van Richtlijn 2011/24/EU worden uw kosten vergoed overeenkomstig het bedrag waarin de regels en wetgeving van uw land van herkomst* voorzien.

Welke kosten kunnen worden vergoed?

Op grond van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid* en op grond van Richtlijn 2011/24/EU* hebt u uitsluitend recht op vergoeding van kosten die worden gedekt door de sociale zekerheid in uw eigen land. Daarom komen uitsluitend de medische kosten in aanmerking die rechtstreeks gevolg zijn van de behandeling die u hebt ondergaan. Extra kosten, zoals voor reis en verblijf, levensonderhoud, repatriëring en receptvrije pijnstillers, zijn in het algemeen voor uw eigen rekening. Deze kosten kunnen echter wel zijn gedekt op grond van uw particuliere reisverzekering/particuliere ziektekostenverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering.

Op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid* kunnen uw reis- en verblijfkosten in het buitenland worden gedekt als de nationale wetgeving voorziet in vergoeding van aan de behandeling verbonden reis- en verblijfkosten indien de behandeling in uw land van herkomst had plaatsgevonden.

Waar vind ik informatie over het aanvragen van vergoeding?
Voor informatie over het aanvragen van vergoeding*, waaronder de toepasselijke procedures, de benodigde documenten en de termijnen, kunt u terecht bij de nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* of het nationale contactpunt* in uw eigen land.
Wat als ik het niet eens ben met de beslissing van mijn nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* ten aanzien van mijn verzoek om vergoeding?
Wat als u zich niet kunt vinden in het bedrag dat uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* besluit te vergoeden? Of wat als uw verzoek om vergoeding* is afgewezen omdat de geldende termijnen zijn overschreden of omdat u niet alle benodigde documenten, zoals de originele rekeningen, hebt kunnen overleggen?
U hebt het recht om beroep in te stellen tegen een beslissing van uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* ten aanzien van de vergoeding van kosten van de medisch noodzakelijke behandeling* die u in het buitenland hebt ondergaan. Als u zich niet kunt vinden in een beslissing ten aanzien van uw verzoek om vergoeding* van medische kosten die u in het buitenland hebt gemaakt, kunt u om te beginnen uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* verzoeken de beslissing te heroverwegen. Als u geen overeenstemming kunt bereiken, kunt u een klacht indienen en verhaal halen overeenkomstig de geldende procedures in uw land van herkomst*. Voor het instellen van klachten- en verhaalprocedures gelden uiterste termijnen. Let erop dat deze uiterste termijnen voor het indienen van een klacht of het vorderen van schadevergoeding niet vervallen terwijl u nog bezig bent om tot overeenstemming te komen. Zo voorkomt u dat u niet meer in staat bent een klacht in te dienen of verhaal te halen, mocht er geen overeenstemming worden bereikt.
Neem contact op met uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* of nationale contactpunt* voor meer informatie over uw specifieke rechten en opties voor het indienen van een klacht.

2.4. Heb ik een particuliere reisverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering nodig?

Heb ik een particuliere reisverzekering of particuliere/aanvullende ziektekostenverzekering nodig?
Extra reis- en verblijfkosten en aanvullende kosten voor repatriëring en noodhulp worden niet door het ziekenfondsstelsel gedekt. Deze kosten zijn mogelijk echter wel gedekt op grond van een particuliere reisverzekering of particuliere/aanvullende particuliere ziektekostenverzekering.
Welke gezondheidsdiensten zijn gedekt door mijn particuliere verzekering?
Welke diensten zijn gedekt door uw particuliere reisverzekering/particuliere ziektekostenverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering, hangt af van uw specifieke dekking. Controleer voordat u naar het buitenland gaat, altijd in uw polis welke gezondheidsdiensten onder de dekking vallen.
Raadpleeg uw particuliere verzekeraar voor meer informatie.

2.5. Met wie neem ik contact op in noodgevallen?

Hoe weet ik met wie ik contact moet opnemen en naar welke zorgaanbieder of welk ziekenhuis ik
--

moet gaan in geval van onverwachte ziekte of verwonding in het buitenland?

Bij het nationale contactpunt* van het land waar u verblijft, kunt u meer informatie krijgen over wat te doen en met wie contact op te nemen mocht u tijdens uw verblijf in het buitenland ziek worden of gewond raken.

Bel 112 bij noodgevallen tijdens een verblijf in de EU* of Zwitserland. Het Europese alarmnummer 112 is overal in de EU* kosteloos beschikbaar. Als u met spoed medische hulp nodig hebt, hebt u via 112 rechtstreeks toegang tot de politie, de ambulancediensten, de brandweer of reddingsdiensten.

③ Behandeling in het buitenland

3.1. Wat zijn mijn rechten ten aanzien van toegang tot gezondheidszorg in het buitenland?

Heb ik het recht om mij in het buitenland te laten behandelen?

Als u recht hebt op gezondheidszorg op grond van het socialezekerheidsstelsel van een land van de EU*/EER*, hebt u ook recht op gezondheidszorg als u zich in een ander land van de EU*/EER* of Zwitserland* wilt laten behandelen (ook wel aangeduid als geplande behandeling in het buitenland) en het recht om de kosten in uw land van herkomst* te laten vergoeden.

U hebt recht op de volgende gezondheidszorg:

- medische diagnose,
- medische behandeling,
- het voorschrijven, verstrekken en leveren van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.

U kunt de kosten voor geplande behandeling in een ander land van de EU*/EER* laten vergoeden op grond van enerzijds de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid* en anderzijds Richtlijn 2011/24/EU*.

De gevolgen voor de patiënt van de twee routes verschillen ten aanzien van de rechtsgrond, het toepassingsgebied, de bevoegde autoriteiten, de voorwaarden voor toestemming, de toepasselijke tarieven van vergoeding*, de procedure en formaliteiten van betaling evenals de hoogte van de bijdrage van de patiënt zelf. Stel uzelf voordat u naar het buitenland reist, altijd goed op de hoogte van de financiële en andere gevolgen.

Grensoverschrijdende gezondheidszorg in Zwitserland* valt buiten de werkingssfeer van Richtlijn 2011/24/EU*.

Wat zijn de verschillen tussen behandeling in het buitenland op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid* en op grond van Richtlijn 2011/24/EU*?

Op grond van de *Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009**:

- hebt u recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg in ieder land van de EU*/EER* of Zwitserland*;
- vallen telegeneeskundige* diensten niet onder de dekking;
- hebt u altijd voorafgaande toestemming* van uw nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* nodig voordat u naar het buitenland reist;
- hebt u recht op vergoeding van de kosten alsof u bent verzekerd op grond van het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat van behandeling*;
- moet de behandeling in kwestie recht geven op ziekte-uitkering op grond van het

- socialezekerheidsstelsel van de lidstaat van behandeling* (ongeacht de vraag of u recht zou hebben op vergoeding van de kosten als de behandeling in uw land van herkomst* was verricht);
- zijn de betalingswijze (behandeling is in veel gevallen kosteloos) en tarieven van vergoeding* van de lidstaat van behandeling* van toepassing.

Op grond van *Richtlijn 2011/24/EU**:

- hebt u recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg in ieder land van de EU*/EER* (niet in Zwitserland*!);
- vallen langdurige behandeling*, toewijzing van en toegang tot organen* en publieke vaccinatie* niet onder de dekking;
- hebt u doorgaans geen voorafgaande toestemming* van uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* nodig. Voor bepaalde gezondheidsdiensten, zoals ziekenhuisbehandeling of een zeer gespecialiseerde en dure behandeling, moet u mogelijk echter voorafgaande toestemming* hebben voordat u naar het buitenland reist;
- hebt u recht op vergoeding van de kosten voor behandeling in het buitenland alsof de behandeling in uw land van herkomst* plaatsvindt;
- moet de behandeling in kwestie recht geven op ziekte-uitkering op grond van het socialezekerheidsstelsel van uw land van herkomst* (u hebt recht op vergoeding van de kosten indien de kosten zouden zijn vergoed als de behandeling in uw land van herkomst was verricht);
- moet u in eerste instantie alle behandelingskosten zelf betalen. Achteraf kunt u, als u weer thuis bent, bij de nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* verzoeken om vergoeding*. Het toegepaste tarief van vergoeding* is hetzelfde als voor behandeling in uw land van herkomst*.

3.2. Welke behandeling kan ik in het buitenland ondergaan?

Wat voor behandeling kan ik in het buitenland ondergaan?

In heel Europa hebt u recht op toegang tot medische diagnose en medische behandeling en kunt u geneesmiddelen en medische hulpmiddelen laten voorschrijven, verstrekken en leveren.

Op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid*:

- valt geplande behandeling in ieder ander land van de EU*/EER* of Zwitserland* onder de dekking;
- moet de door u gewenste behandeling recht geven op ziekte-uitkering op grond van het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat van behandeling*. Als gevolg hiervan kunt u, als dit uitdrukkelijk is toegestaan door uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar*, gezondheidszorg ontvangen die niet wordt vergoed op grond van de dekking in uw land van herkomst*. Uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* is echter vrij om te bepalen of de voorafgaande toestemming* wordt verleend;
- valt onder de dekking alleen behandeling die wordt verstrekt door een publieke zorgaanbieder of publiek ziekenhuis. Gezondheidszorg die wordt verstrekt door een particuliere zorgaanbieder of in een particulier ziekenhuis, valt doorgaans niet onder de dekking, behalve in bepaalde gevallen waarbij de particuliere zorgaanbieder of het particuliere ziekenhuis een overeenkomst heeft met of is aangesloten bij het socialezekerheidsstelsel en gerechtigd is diensten te verlenen in het kader van de socialezekerheidswetgeving;
- vallen telegeneeskundige* diensten niet onder de dekking van de verordeningen inzake sociale zekerheid*.

Op grond van *Richtlijn 2011/24/EU**:

- valt geplande behandeling in ieder ander land van de EU*/EER* (behalve Zwitserland*) onder de

<p>dekking;</p> <ul style="list-style-type: none"> • hebt u alleen recht op behandelingen die recht geven op ziekte-uitkering en die beschikbaar zijn op grond van de socialezekerheidswetgeving van het land waar u woont. U hebt met andere woorden alleen recht op vergoeding* van medische kosten in het buitenland als u in uw land van herkomst* recht zou hebben op vergoeding van de kosten voor dezelfde behandeling; • vallen behandelingen die worden verstrekt door zowel publieke als <u>particuliere zorgaanbieders/ziekenhuizen onder de dekking</u>. • Richtlijn 2011/24/EU* heeft ook betrekking op telegeneeskundige* diensten. • Uitgesloten van Richtlijn 2011/24/EU zijn gezondheidsdiensten waaronder langdurige zorg*, orgaantransplantatie* en publieke vaccinatieprogramma's*.
<p>Valt telegeneeskunde ook onder de dekking?</p>
<p>Telegeneeskunde* heeft betrekking op het verstrekken van gezondheidsdiensten op afstand met behulp van ICT, zoals teleconsultatie, telemonitoring, telechirurgie enz.</p> <p>Telegeneeskundige* diensten vallen onder de werkingssfeer van Richtlijn 2011/24/EU*. Richtlijn 2011/24/EU* kan worden toegepast zolang de telegeneeskundige* dienst wordt verleend door een zorgaanbieder in een ander land van de EU*/EER*.</p> <p>Aangezien daarentegen in de Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009* uitdrukkelijk is bepaald dat een patiënt zich fysiek moet hebben verplaatst naar en aanwezig moet zijn in het land waar de zorgaanbieder zich bevindt, zijn deze verordeningen in het geval van telegeneeskunde* niet van toepassing.</p> <p>Stel uzelf in het geval van telegeneeskunde* op de hoogte van uw rechten op grensoverschrijdende gezondheidszorg* op grond van Richtlijn 2011/24/EU*.</p>

3.2. Heb ik voorafgaande toestemming van mijn nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* nodig?

<p>Wat betekent voorafgaande toestemming*?</p>
<p>Voorafgaande toestemming* heeft betrekking op de goedkeuring die u mogelijk nodig hebt van uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* voordat u naar het buitenland reist zodat u zeker weet dat de kosten voor uw behandeling in het buitenland worden vergoed.</p>
<p>Heb ik altijd voorafgaande toestemming* van mijn nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* nodig voordat ik naar het buitenland ga?</p>
<p>Of u voordat u in het buitenland wordt behandeld voorafgaande toestemming* nodig hebt, hangt af van de vraag of u uw recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg* uitoefent op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid* dan wel op grond van Richtlijn 2011/24/EU* en van de vraag wat voor gezondheidszorg u wenst. In de regel hebt u voorafgaande toestemming* nodig als u behandeling in een ziekenhuis in het buitenland wenst of in geval van zeer gespecialiseerde en dure behandeling.</p> <p>Als u grensoverschrijdende gezondheidszorg* wenst op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid*, hebt u altijd voorafgaande toestemming* nodig. Dit geldt zowel voor intramurale* als voor ambulante* behandeling. Bij uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* moet u een verzoek om voorafgaande toestemming* indienen. Als uw verzoek is goedgekeurd, ontvangt u een S2-formulier*. Dit toont u aan uw behandelende zorgaanbieder in het buitenland als bewijs dat u onder de sociale zekerheid valt.</p>

Over het algemeen hebt u op grond van **Richtlijn 2011/24/EU*** geen voorafgaande toestemming* van uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* nodig. Voor sommige behandelingen heeft de wetgever van de Unie de lidstaten echter de mogelijkheid geboden om een stelsel van voorafgaande toestemming* in te richten. Een verzoek om voorafgaande toestemming* mag hoe dan ook alleen verplicht worden gesteld in geval van:

- gezondheidszorg waarbij de patiënt 's nachts in het ziekenhuis verblijft;
- gezondheidszorg waarbij zeer gespecialiseerde en kostenintensieve medische infrastructuur of apparatuur wordt gebruikt;
- gezondheidszorg die een veiligheidsrisico voor de patiënt* zelf of een veiligheidsrisico voor de bevolking in het algemeen* inhoudt;
- gezondheidszorg die wordt verstrekt door een zorgaanbieder die in het bepaalde geval aanleiding zou kunnen geven tot ernstige en specifieke bezorgdheid over de kwaliteit of veiligheid van de zorg.

Neem contact op met uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* of nationale contactpunt* in uw eigen land voor meer informatie over specifieke behandelingen waarvoor voorafgaande toestemming* nodig is.

OPMERKING: Laat u nooit in het buitenland behandelen zonder voorafgaande toestemming* van uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* als deze toestemming verplicht is. Als u in het buitenland bent behandeld zonder de verplichte voorafgaande toestemming* van uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar*, is het mogelijk dat uw verzoek om vergoeding* wordt afgewezen, met als gevolg dat alle medische kosten die u in het buitenland hebt gemaakt, voor uw eigen rekening zijn.

Kan ik zelf bepalen of ik een verzoek om voorafgaande toestemming* indien op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid* dan wel op grond van Richtlijn 2011/24/EU*?

Als u verzoekt om voorafgaande toestemming*, zal uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* altijd eerst nagaan of de Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009* van toepassing zijn.

Als aan de voorwaarden voor het ondergaan van behandeling op grond van de verordeningen* is voldaan, zal de nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* automatisch voorafgaande toestemming* geven op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid* (S2-formulier*). Als u echter liever wordt behandeld op grond van Richtlijn 2011/24/EU*, moet u uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* uitdrukkelijk verzoeken deze richtlijn van toepassing te verklaren.

Waar vind ik informatie over hoe ik om voorafgaande toestemming* verzoek?

Voor informatie over het indienen van een verzoek om voorafgaande toestemming*, waaronder de toepasselijke procedures, de benodigde documenten en de termijnen, kunt u terecht bij de nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* of het nationale contactpunt* in uw eigen land. Houd er altijd rekening mee dat medische behandeling* in het buitenland zeer duur kan zijn!

Welke instelling is verantwoordelijk voor het verlenen van voorafgaande toestemming*?

Het is in hoofdzaak de nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* van het land waar u voor sociale zekerheid bent verzekerd (d.w.z. de bevoegde lidstaat*) die verantwoordelijk is voor het verlenen van voorafgaande toestemming*.

Als u in een ander land dan de bevoegde lidstaat* woont, kunt u uw verzoek om voorafgaande

toestemming* indienen bij de lokale nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* in het land waar u woont. Vervolgens wordt uw aanvraag doorgestuurd naar de nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* in de bevoegde lidstaat*. Bij wijze van afwijking is de nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* van het land waar u woont echter bevoegd om zelf voorafgaande toestemming* te verlenen indien u

- een gepensioneerde of een gezinslid van een gepensioneerde bent, of
- een (ten laste komend) gezinslid bent dat in een ander land dan de verzekerde woont,

en het land waar u woont een mechanisme voor compensatie van ziekte-uitkeringen tussen lidstaten hanteert op basis van vaste bedragen* en is opgenomen in de lijst van bijlage III bij Verordening (EG) nr. 987/2009*.

Neem voor meer informatie contact op met de nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* of het nationale contactpunt* in het land waar u voor sociale zekerheid bent verzekerd.

Wat als ik me in het buitenland laat behandelen zonder eerst de verplichte voorafgaande toestemming* te verkrijgen?

Als u in het buitenland bent behandeld zonder de verplichte voorafgaande toestemming* van uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar*, is het mogelijk dat uw verzoek om vergoeding* wordt afgewezen en dat alle medische kosten die u in het buitenland hebt gemaakt, voor uw eigen rekening zijn.

Wat als ik het niet eens ben met de beslissing van mijn nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* ten aanzien van mijn verzoek om voorafgaande toestemming?

U hebt het recht om beroep in te stellen tegen een beslissing van uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* ten aanzien van uw verzoek om voorafgaande toestemming* om toegang te krijgen tot gezondheidszorg in het buitenland. Als u zich niet kunt vinden in de beslissing van uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar*, kunt u om te beginnen verzoeken de beslissing te heroverwegen. Als u geen overeenstemming kunt bereiken, kunt u een klacht indienen en verhaal halen overeenkomstig de geldende procedures in uw land van herkomst*. Voor het instellen van klachten- en verhaalprocedures gelden uiterste termijnen. Let erop dat deze uiterste termijnen voor het indienen van een klacht of het vorderen van schadevergoeding niet vervallen terwijl u nog bezig bent om tot overeenstemming te komen. Zo voorkomt u dat u niet meer in staat bent een klacht in te dienen of verhaal te halen, mocht er geen overeenstemming worden bereikt.

Neem contact op met uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* of nationale contactpunt* voor meer informatie over uw specifieke rechten en opties voor het indienen van een klacht.

3.3. Heb ik een verwijzing nodig voordat ik toegang krijg tot gespecialiseerde behandeling in het buitenland?

Heb ik een verwijzing nodig voordat ik toegang kan krijgen tot de behandeling in het buitenland?

Als u zich wilt laten behandelen op grond van de *Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009**, hebt u mogelijk een verwijzing nodig. Dit hangt af van de vraag of er in de lidstaat van behandeling* een stelsel van verwijzing bestaat. Als dit het geval is, hebt u mogelijk een verwijzing nodig van uw huisarts* in uw eigen land of van een huisarts* in de lidstaat van behandeling* om toegang te krijgen tot gespecialiseerde gezondheidszorg in het land in kwestie.

Als u zich echter wilt laten behandelen op grond van *Richtlijn 2011/24/EU**, hebt u een verwijzing nodig afhankelijk van de vraag of er in uw land van herkomst* een stelsel van verwijzing bestaat om toegang te krijgen tot gespecialiseerde behandeling. Als een dergelijke verwijzing niet vereist is om toegang te krijgen tot gezondheidszorg in uw land van herkomst*, is het evenmin vereist om een verwijzing van uw huisarts* te verkrijgen voordat u toegang krijgt tot gespecialiseerde behandeling in het buitenland.

Neem voor meer informatie contact op met uw nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* en het nationale contactpunt* in uw eigen land. Bij het nationale contactpunt* van het land waar u wilt worden behandeld, kunt u te weten komen of er in dat land al dan niet een stelsel van verwijzing bestaat.

3.3. Kosten en vergoeding

Moet ik de behandeling zelf betalen?

Of u de kosten van de behandeling rechtstreeks kunt laten vergoeden door uw nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* (betaling aan derden*) of alle kosten moet vooruitbetalen en achteraf om vergoeding* kunt vragen, hangt af van de vraag of u in het buitenland bent behandeld op grond van een S2-formulier* (Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009) inzake sociale zekerheid*) of op grond van Richtlijn 2011/24/EU*.

- Op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid* hangt de betalingswijze af van het stelsel in de lidstaat van behandeling*. Aangezien de behandeling wordt verricht alsof u bent verzekerd op grond van het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat van behandeling*, hebt u dezelfde rechten ten aanzien van de betalingswijze als een binnenlandse patiënt met een ziekenfondsverzekering. Er zijn twee mogelijkheden:
 - ❖ De benodigde behandeling is kosteloos (hetgeen vaak het geval kan zijn), soms in combinatie met een beperkt bedrag aan eigen bijdrage/remgeld*. Is dit het geval, dan worden de kosten rechtstreeks vereffend tussen de zorgaanbieder en de socialezekerheidsinstantie van de lidstaat van behandeling. De instantie van het andere land zal vervolgens automatisch contact opnemen met de nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* in uw eigen land om de kosten te vergoeden. U hoeft verder niets te doen.
 - ❖ U moet alle kosten van de behandeling zelf betalen en achteraf om vergoeding* vragen. Dit doet u bij de lokale socialezekerheidsinstantie terwijl u nog in het buitenland bent of bij uw eigen nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* wanneer u weer thuis bent. In beide gevallen is het tarief van vergoeding* van de lidstaat van behandeling* van toepassing.
- Op grond van Richtlijn 2011/24/EU* moet u de kosten altijd voorschieten. U betaalt alle facturen rechtstreeks aan de zorgaanbieder/het ziekenhuis in het buitenland. Na thuiskomst kunt u bij de nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* verzoeken om vergoeding*. Het toegepaste tarief van vergoeding* is hetzelfde als voor behandeling in uw land van herkomst*.

Welk bedrag wordt vergoed?

Het bedrag aan kosten dat wordt vergoed, hangt af van de vraag of de geplande behandeling* in het buitenland heeft plaatsgevonden op grond van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid* (door middel van een S2-formulier*) of op grond van Richtlijn 2011/24/EU*.

- Op grond van de Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009*

worden uw kosten vergoed overeenkomstig het bedrag waarin de regels en wetgeving van de lidstaat van behandeling* voorzien.

In sommige gevallen hebt u echter recht op aanvullende vergoeding, ook wel aangeduid als de aanvullende vergoeding "Vanbraekel"* (zie *C-368/98 Vanbraekel*). Meer in het bijzonder, als het tarief voor de behandeling in uw land van herkomst* hoger is dan het tarief in de lidstaat van behandeling*, hebt u recht op vergoeding door uw nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* in uw eigen land. De vergoeding is maximaal het bedrag dat zou zijn vergoed indien de behandeling in uw land van herkomst* was verstrekt (tot maximaal de feitelijke medische kosten die u in het buitenland hebt gemaakt).

- Op grond van Richtlijn 2011/24/EU worden uw kosten vergoed overeenkomstig het bedrag voorzien in de regels en wetgeving van uw land van herkomst*.

Welke kosten kunnen worden vergoed?

Op grond van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid* en op grond van Richtlijn 2011/24/EU* hebt u uitsluitend recht op vergoeding van kosten die worden gedekt door de sociale zekerheid in uw eigen land. Daarom worden uitsluitend de medische kosten gedekt die rechtstreeks gevolg zijn van de behandeling die u hebt ondergaan. Extra kosten, zoals voor reis en verblijf, levensonderhoud, repatriëring en receptvrije pijnstillers, zijn voor uw eigen rekening.

Op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid* kunnen uw reis- en verblijfkosten in het buitenland echter worden gedekt als de nationale wetgeving voorziet in vergoeding van aan de behandeling verbonden reis- en verblijfkosten indien de behandeling in uw land van herkomst* had plaatsgevonden.

Waar kan ik informatie krijgen over de prijzen van de gewenste behandeling?

Bij het nationale contactpunt* van het land waar u wilt worden behandeld, kunt u meer informatie krijgen over de tarieven voor medische zorg in dat land. Daarnaast is de buitenlandse zorgaanbieder die u wilt raadplegen, verplicht om duidelijke informatie te verstrekken over de prijzen van de behandeling die hij of zij verstrekt.

Waar vind ik informatie over het aanvragen van vergoeding?

Voor informatie over het aanvragen van vergoeding*, waaronder de toepasselijke procedures, de benodigde documenten en de termijnen, kunt u terecht bij de nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* of het nationale contactpunt* in uw eigen land.

Wat als ik het niet eens ben met de beslissing van mijn nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* ten aanzien van mijn verzoek om vergoeding?

Wat als u zich niet kunt vinden in het bedrag dat uw nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* besluit te vergoeden? Of wat als uw verzoek om vergoeding* is afgewezen omdat de geldende termijnen zijn overschreden of omdat u niet alle benodigde documenten, zoals de originele rekeningen, hebt kunnen overleggen?

U hebt het recht om beroep in te stellen tegen een beslissing van uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* ten aanzien van de vergoeding van kosten van de medische behandeling* die u in het buitenland hebt ondergaan. Als u zich niet kunt vinden in een beslissing ten aanzien van uw verzoek om vergoeding* van medische kosten die u in het buitenland hebt gemaakt, kunt u om te beginnen uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* verzoeken de beslissing te heroverwegen. Als u echter geen overeenstemming kunt bereiken, kunt u een klacht indienen en verhaal halen overeenkomstig de

geldende procedures in uw land van herkomst*. Voor het instellen van klachten- en verhaalprocedures gelden uiterste termijnen. Let erop dat deze uiterste termijnen voor het indienen van een klacht of het vorderen van schadevergoeding niet vervallen terwijl u nog bezig bent om tot overeenstemming te komen. Zo voorkomt u dat u niet meer in staat bent een klacht in te dienen of verhaal te halen, mocht er geen overeenstemming worden bereikt.

Neem contact op met uw nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* of nationale contactpunt* voor meer informatie over uw specifieke rechten en opties voor het indienen van een klacht.

3.4. Behandel mogelijkheden en zorgaanbieders in het buitenland

Hoe win ik informatie in over behandel mogelijkheden in het buitenland?

Informatie over behandel mogelijkheden in het buitenland is niet te krijgen bij uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* of nationale contactpunt* in uw eigen land.

In het algemeen moet u zichzelf op de hoogte stellen van de behandel mogelijkheden in het buitenland. Bij het nationale contactpunt* van het land waar u wilt worden behandeld, kunt u informatie krijgen over de beschikbare behandelingen in dat land.

Hoe weet ik met welke zorgaanbieder in het buitenland ik contact moet opnemen?

Voor informatie en contactgegevens over zorgaanbieders en ziekenhuizen in het buitenland kunt u terecht bij het nationale contactpunt* van het land waar u wilt worden behandeld.

④ Kwaliteit en veiligheid

Waar kan ik informatie krijgen over de kwaliteit van behandeling in een ander land?

Informatie over de kwaliteit van behandeling in een ander land is niet te krijgen bij uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* of nationale contactpunt* in uw eigen land. Als u in het buitenland wordt behandeld, gelden de kwaliteits- en veiligheidsnormen van dat land.

In het algemeen moet u zichzelf op de hoogte stellen van de kwaliteit van behandeling in het buitenland. Meer informatie is te krijgen bij het nationale contactpunt* in het land waar u wilt worden behandeld.

Waar kan ik meer informatie krijgen over een specifieke zorgaanbieder of specifiek ziekenhuis in het buitenland?

In het algemeen moet u zichzelf op de hoogte stellen van de zorgaanbieder of het ziekenhuis in het buitenland. Het is van belang dat u voldoende informatie inwint over:

- de vergunning en registratiestatus van de zorgaanbieder waaruit blijkt dat deze bevoegd is de geneeskunde te beoefenen;
- de verzekering voor beroepsaansprakelijkheid van de zorgaanbieder;
- het recht van de zorgaanbieder om gezondheidsdiensten te verlenen die door het socialezekerheidsstelsel worden gedekt.

Deze informatie is te verkrijgen bij de nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* of het nationale contactpunt* van het land waar u wilt worden behandeld.

⑤ Medische dossiers en taal

Waar kan ik meer informatie krijgen over de taal van behandeling in een ander land?

Bij het nationale contactpunt* in het land waar u wilt worden behandeld, kunt u meer informatie krijgen over de talen van behandeling in dat land. Als de behandeling wordt verricht in een andere taal, moet u ook nagaan of u zelf een tolk moet regelen voor uw contact met de behandelende zorgaanbieder(s) of medisch personeel in het buitenland.

Hoe kan ik mijn medische dossiers naar het buitenland laten doorgeven?

Op grond van Richtlijn 2011/24/EU* heeft iedere patiënt in grensoverschrijdende gezondheidszorg* recht op toegang tot of ten minste één kopie van alle persoonsgegevens* aangaande zijn of haar gezondheid. Meer in het bijzonder hebt u het recht op toegang tot een kopie van uw medische dossiers* met onder meer informatie over diagnoses, onderzoeksresultaten, beoordelingen door behandelende zorgaanbieders en informatie over verrichte behandelingen en ingrepen.

Uw zorgaanbieder moet u toegang tot uw medische dossiers of ten minste één kopie van uw medische dossiers verstrekken om u in staat te stellen uw dossiers zelf door te geven. Ook kan de zorgaanbieder zelf uw medische dossiers rechtstreeks aan de behandelende zorgaanbieder, het ziekenhuis of de gezondheidsinstelling in het buitenland doorgeven.

⑥ Vervolgzorg

Wat als ik na een behandeling in het buitenland vervolgzorg nodig heb?

Als u in het buitenland bent behandeld en een medische vervolgzorg* blijkt nodig te zijn, dan hebt u recht op passende vervolgzorg* in uw land van herkomst* alsof de behandeling zelf in uw eigen land in plaats van het buitenland heeft plaatsgevonden.

⑦ Klachten en verhaal

Wat als de behandeling in het buitenland niet naar tevredenheid is verlopen of als er iets misgaat?

Als u niet tevreden bent met de in het buitenland verrichte behandeling, hebt u het recht om een klacht in te dienen en verhaal te halen. Aangezien de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden, is de wetgeving van het land van behandeling van toepassing. Dientengevolge zijn de procedurele regels, termijnen, regels aangaande bewijslast en schadevergoeding zoals geldig in het land van behandeling op u van toepassing.

Waar vind ik meer informatie over de mogelijkheden die ik heb om een klacht in te dienen en verhaal te halen?

Neem contact op met het nationale contactpunt* in de lidstaat van behandeling* voor meer informatie over de opties die u hebt met betrekking tot klachten, geschillenbeslechting en verhaal ingeval er iets misgaat. Stel uzelf op de hoogte van de verschillende beschikbare procedures, de

instellingen waartoe u zich moet richten, de stappen die u moet nemen, de toepasselijke termijnen en de voorziene procedurekosten.

⑧ Recepten in het buitenland

Kan ik de recepten die zijn uitgeschreven door mijn behandelende zorgaanbieder in mijn eigen land, inleveren bij een apotheek in het buitenland?

Een recept* voor geneesmiddelen of medische hulpmiddelen dat in uw land is uitgeschreven, is in alle landen van de EU*/EER* geldig.

Om er echter zeker van te zijn dat uw recept* door de apotheker in het buitenland wordt erkend en goed wordt begrepen, moet u de zorgaanbieder die het recept uitschrijft laten weten dat u het recept in het buitenland wilt gebruiken. De zorgaanbieder zal het geneesmiddel of de medische hulpmiddelen voorschrijven overeenkomstig de minimale informatievoorschriften voor grensoverschrijdende recepten* (Uitvoeringsrichtlijn 2012/52/EU*):

- identificatie van de patiënt: achternaam/achternamen; voornaam/voornamen; geboortedatum;
- authenticatie van het recept: datum van uitschrijven;
- identificatie van de voorschrijvende zorgaanbieder: achternaam/achternamen; voornaam/voornamen; beroepskwalificatie; rechtstreekse contactgegevens, zoals e-mailadres en telefoon- of faxnummer; werkadres (met de naam van de betrokken lidstaat); geschreven of digitale handtekening;
- identificatie van het voorgeschreven middel: algemene benaming (werkzame stof) of in uitzonderlijke gevallen naam; farmaceutische vorm (tablet, oplossing enz.); hoeveelheid; concentratie; doseringsschema.

Houd er rekening mee dat het geneesmiddel in kwestie in een ander land van de EU*/EER* mogelijk niet verkrijgbaar is of niet mag worden verkocht. Koop uw geneesmiddel op recept voor zover mogelijk in een apotheek in het land waar het recept is uitgeschreven.

Worden mijn kosten voor het geneesmiddel op recept ook vergoed als ik het in het buitenland koop?

Op vertoon van een geldige Europese ziekteverzekeringskaart* bent u gerechtigd geneesmiddelen of medische hulpmiddelen op recept* te kopen op grond van dezelfde regels en tarieven als ziekenfondspatiënten in het land waar u verblijft. Dit geldt echter uitsluitend als het recept in het desbetreffende land wordt uitgeschreven vanwege onverwachte ziekte of verwonding tijdens uw verblijf (mensen met een chronische ziekte kunnen met hun Europese ziekteverzekeringskaart* ook geneesmiddelen of medische hulpmiddelen op recept* kopen terwijl zij in het buitenland verblijven).

Daarnaast bent u op grond van Richtlijn 2011/24/EU* gerechtigd om bij uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* om vergoeding* te verzoeken. In dit geval moet u in eerste instantie alle kosten van het geneesmiddel of medische hulpmiddel zelf betalen. U wordt achteraf vergoed, als u weer thuis bent, overeenkomstig de regels en tarieven die van toepassing zijn in uw land van herkomst*.

⑨ Nationale contactpunten

Wat zijn nationale contactpunten?

Overeenkomstig Richtlijn 2011/24/EU* heeft elke lidstaat een of meer nationale contactpunten* voor grensoverschrijdende gezondheidszorg* (NCP's*) opgezet. Het staat de lidstaten vrij deze NCP's naar eigen inzicht in te richten, waardoor er sprake is van grote verschillen. Sommige NCP's* zijn afgestemd op de nationale ziektekostenverzekeraar van het land of met het ministerie van gezondheid, terwijl andere onafhankelijk zijn.

De NCP's* hebben als voornaamste taak patiënten te voorzien van duidelijke en toegankelijke informatie over alle aspecten van medische behandeling* in het buitenland. NCP's* voorzien patiënten van informatie over verschillende onderwerpen afhankelijk van de vraag of de patiënt een binnenlandse patiënt is die wil worden behandeld in het buitenland (uitgaande patiënt*) of een buitenlandse patiënt die wil worden behandeld in het land in kwestie (inkomende patiënt*).

Hoe neem ik contact op met een nationaal contactpunt?

Alle NCP's hebben een eigen website waar de essentiële informatie over medische behandeling* in het buitenland (grensoverschrijdende gezondheidszorg*) te vinden is. Daarnaast kunnen patiënten NCP's* rechtstreeks raadplegen voor meer informatie of persoonlijke vragen over het verkrijgen van gezondheidszorg in het buitenland. Dit kan per telefoon, e-mail of online contactformulier. Bij veel NCP's* kunnen patiënten voor vragen ook persoonlijk op het kantoor terecht. De contactgegevens van het NCP* zijn te vinden op de website van de afzonderlijke NCP's* en de website van de Europese Commissie.

⑩ Zeldzame ziekten

Welke mogelijkheden heb ik voor nieuwe of alternatieve behandeling in het buitenland die niet beschikbaar is in mijn land van herkomst*?

Aangezien nationale gezondheidsdiensten* of ziektekostenverzekeraars* naar eigen inzicht mogen bepalen of zij toestemming voor behandeling in het buitenland geven, kan patiënten met een zeldzame ziekte op grond van de Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009* de mogelijkheid worden geboden zich in een andere lidstaat van de EU*/EER* of Zwitserland* te laten behandelen. Dit geldt zelfs voor diagnose en behandelingen die niet beschikbaar zijn in het land van herkomst* van de patiënt. Zolang de behandeling in kwestie wordt gedekt in het land van behandeling, kan voorafgaande toestemming worden verleend.

In deze situatie hebt u slechts het recht om een verzoek om voorafgaande toestemming* in te dienen. Uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* kan naar eigen inzicht al dan niet voorafgaande toestemming* geven.

Daarnaast moet op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid* en van Richtlijn 2011/24/EU* voorafgaande toestemming* voor gezondheidszorg in het buitenland worden verleend als de behandeling in kwestie recht geeft op ziekte-uitkering in uw land van herkomst* maar daar niet kan worden verstrekt binnen een termijn die gezien uw gezondheidstoestand medisch verantwoord is. Dat de behandeling moet zijn gedekt in uw land van herkomst* betekent niet dat de behandelprocedure in het buitenland exact hetzelfde moet zijn. Zolang de behandeling zelf onder de

dekking valt, hebt u recht op gelijkwaardige behandeling in het buitenland, ook als de behandeling wordt verstrekt volgens nieuwe technieken en methoden of alternatieve procedures. Deze technieken moeten echter overeenstemmen met de stand van de techniek en met wetenschappelijke denkwijzen op internationaal niveau. Daarnaast moet de behandeling als gebruikelijk worden beschouwd gezien de staat van de nationale en internationale wetenschap (zie C-157/99 *Smits v Peerbooms*).

Wat zijn Europese referentienetwerken?

Europese referentienetwerken* (ERN's) helpen zorgaanbieders en expertisecentra in heel Europa kennis te delen aangaande complexe of zeldzame ziekten en aandoeningen die zeer gespecialiseerde behandelingen en gebundelde kennis en middelen vereisen.

Door middel van virtuele IT-platformen kunnen zorgaanbieders en specialisten van naam de diagnose en behandeling van een patiënt bespreken en beoordelen, zonder dat de patiënt naar het buitenland hoeft te reizen en zonder dat de zorgaanbieders fysiek aanwezig hoeven te zijn in het land waar de patiënt zich bevindt.

De eerste ERN's zijn in maart 2017 opgestart. Sindsdien zijn er al 24 netwerken opgezet, waarin wordt gewerkt aan verschillende thematische kwesties, zoals botaandoeningen, kinderkanker, hartziekten, ziekten van de luchtwegen enz.

Raadpleeg voor meer informatie uw nationale contactpunt* of ga naar www.europa.eu/youreurope

Waar kan ik informatie krijgen over patiëntenorganisaties in een ander land?

Neem voor meer informatie over patiëntenorganisaties in het buitenland contact op met het nationale contactpunt* van het land waarover u meer informatie wenst.

11 Wonen in het buitenland

10. 1. Als u zich in het buitenland wilt vestigen

Hoe zit het met mijn verzekering voor sociale zekerheid als ik mij in het buitenland wil vestigen?

Als u zich wilt vestigen in een ander land van de EU*/EER* of Zwitserland*, kan dit gevolgen hebben voor uw rechten op sociale zekerheid. De specifieke gevolgen voor uw dekking voor sociale zekerheid hangen af van wat uw specifieke situatie is en waarom en hoe lang u in het buitenland verblijft. Meer informatie is te krijgen bij uw nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar*.

10. 2. Als u in het buitenland woont en bent verzekerd op grond van het socialezekerheidsstelsel van een ander land

Wie is gerechtigd om voorafgaande toestemming voor grensoverschrijdende gezondheidszorg te verlenen wanneer ik in een ander land woon dan het land waar ik voor sociale zekerheid ben verzekerd?

De nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* van het land waar u voor sociale zekerheid bent verzekerd (ook aangeduid als de bevoegde lidstaat*) is verantwoordelijk voor het verlenen van voorafgaande toestemming*.

Als u in een ander land dan de bevoegde lidstaat* woont, kunt u uw verzoek om voorafgaande toestemming* indienen bij de lokale nationale gezondheidsdienst*/ziektelkostenverzekeraar* in het land waar u woont. Vervolgens wordt uw aanvraag doorgestuurd naar de nationale gezondheidsdienst*/ziektelkostenverzekeraar* in de bevoegde lidstaat*. Bij wijze van afwijking is de nationale gezondheidsdienst*/ziektelkostenverzekeraar* van het land waar u woont echter bevoegd om zelf voorafgaande toestemming* te verlenen indien u

- een gepensioneerde of een gezinslid van een gepensioneerde bent, of
- een (ten laste komend) gezinslid bent dat in een ander land dan de verzekerde woont,

en het land waar u woont een mechanisme voor compensatie van ziekte-uitkeringen tussen lidstaten hanteert op basis van vaste bedragen* en is opgenomen in de lijst van bijlage III bij Verordening (EG) nr. 987/2009*.

Neem voor meer informatie contact op met de nationale gezondheidsdienst*/ziektelkostenverzekeraar* of het nationale contactpunt* in het land waar u voor sociale zekerheid bent verzekerd.

Heb ik recht op gezondheidszorg als ik tijdelijk weer verblijf in het land waar ik voor sociale zekerheid ben verzekerd?

Dit hangt af van uw persoonlijke situatie. Doorgaans hebt u alleen recht op gezondheidszorg in het land waar u woont, al dan niet namens een ander land waar u voor sociale zekerheid bent verzekerd.

In sommige gevallen echter blijven patiënten recht houden op gezondheidszorg in het land waar zij voor sociale zekerheid zijn verzekerd of in het land waar zij voorheen werkten.

(! Gezinsleden van grensarbeiders die wonen in een land op de lijst van bijlage III van Verordening (EG) nr. 883/2004, zijn uitgesloten van de hieronder genoemde bijzondere regelingen.)*

- (Gedetacheerde) arbeiders, met inbegrip van grensarbeiders*, die wonen in een ander land dan het land waar zij werken en voor sociale zekerheid zijn verzekerd, hebben recht op gezondheidszorg tijdens een verblijf in het land waar zij werken op kosten van en overeenkomstig de wetgeving van dat land, alsof de persoon in kwestie in dat land woont.
- Gepensioneerden die wonen buiten het land waar zij voor sociale zekerheid zijn verzekerd, hebben tijdens een verblijf in het land waar zij voor sociale zekerheid zijn verzekerd, mogelijk recht op gezondheidszorg op kosten van en overeenkomstig de wetgeving van dat land, alsof de persoon in kwestie in dat land woont (alleen van toepassing als het land van de socialezekerheidsverzekering voor deze regeling heeft gekozen en is opgenomen in bijlage IV bij Verordening nr. 883/2004*).
- Gepensioneerde grensarbeiders houden recht op behandeling in het land waar zij voor het laatst werk hebben verricht, voor zover het gaat om een voortzetting van een behandeling die al is aangevangen toen zij nog werkten. In sommige gevallen houdt een gepensioneerde grensarbeider het recht op gezondheidszorg in het land waar hij/zij voorheen werkte, ongeacht de vraag of er sprake is van een voortgezette behandeling, op kosten van dat land en overeenkomstig de wetgeving van dat land, alsof de persoon in kwestie in dat land woont. Dit is het geval als hij/zij in de vijf jaar voorafgaand aan de ingangsdatum van zijn/haar pensioen ten minste twee jaar heeft gewerkt als grensarbeider en zowel de lidstaat waar hij/zij voorheen werkte als het land waar hij/zij voor sociale zekerheid is verzekerd, hiervoor heeft gekozen en is opgenomen in de lijst in bijlage V bij Verordening (EG) nr. 883/2004*. In dit geval moet de gepensioneerde grensarbeider een S3-formulier* aanvragen bij de nationale gezondheidsdienst*/ziektelkostenverzekeraar* van het land met de socialezekerheidswetgeving dat op de grensarbeider van toepassing is. Het S3-formulier* moet worden getoond aan de socialezekerheidsinstantie van het land waar hij/zij voorheen werkte.

Met welk nationale contactpunt moet ik contact opnemen voor meer informatie, het nationale contactpunt van het land waar ik voor sociale zekerheid verzekerd ben of het nationale contactpunt van het land waar ik woon?

Neem als u in het buitenland woont contact op met het nationale contactpunt* van het land waar de instelling zich bevindt die gerechtigd is u voorafgaande toestemming* te verlenen. Hier kunt u alle benodigde informatie krijgen over uw rechten.

Instelling die bevoegd is voorafgaande toestemming te verlenen:

De nationale gezondheidsdienst*/ziektelkostenverzekeraar* van het land waar u voor sociale zekerheid bent verzekerd (ook aangeduid als de bevoegde lidstaat*) is verantwoordelijk voor het verlenen van voorafgaande toestemming*. Bij wijze van afwijking is de nationale gezondheidsdienst*/ziektelkostenverzekeraar* van het land waar u woont echter bevoegd om zelf voorafgaande toestemming* te verlenen indien u

- een gepensioneerde of een gezinslid van een gepensioneerde bent, of
- een (ten laste komend) gezinslid bent dat in een ander land dan de verzekerde woont,

en het land waar u woont een mechanisme voor compensatie van ziekte-uitkeringen tussen lidstaten hanteert op basis van vaste bedragen* en is opgenomen in de lijst van bijlage III bij Verordening (EG) nr. 987/2009*.

