



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten

Zaak : EU/EER, medisch specialistische zorg, enkeloperatie, indicatie, doelmatigheid, verwijzing

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo.nr. 883/2004 en artt. 25 en 26 Vo. nr. 987/2009

Zaaknummer : 201801800

Zittingsdatum : 12 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 4 februari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de te Münster, Duitsland, uitgevoerde enkeloperatie alsnog te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 29 maart 2019, zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 april 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 13 mei 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019018151) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut kan niet beoordelen of verzoeker destijds een indicatie had voor de uitgevoerde operatie en of deze voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Een afschrift is op 15 mei 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 juni 2019 gehoord.
- 2.5. Na de hoorzitting heeft verzoeker, zoals afgesproken ter zitting, de MRI van april 2018 aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 2 juli 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 juli 2019 gereageerd. Een kopie van zijn reactie is op 12 juli 2019 ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 12 juli 2019 aan het Zorginstituut gezonden. Bij brief van 18 juli 2019 heeft het Zorginstituut aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een kopie van het definitieve advies is op 6 september 2019 aan partijen gestuurd. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Extrafit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 23 augustus 2018 aan verzoeker meegedeeld dat geen toestemming wordt gegeven voor de aangevraagde enkeloperatie, uit te voeren te Münster.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 4 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven. Hierna is over en weer gecorrespondeerd, maar de ziektekostenverzekeraar heeft zijn beslissing niet herzien. Wel heeft hij de afwijzing bij e-mailbericht van 17 oktober 2018 nader onderbouwd.
- 3.4. De behandelend orthopedisch chirurg in Duitsland heeft in de aanvraag van 18 juli 2018 over verzoeker verklaard: *"Patiënt heeft na een val van een ladder ernstige klachten van het linker gewricht.
Er bestaat een status na ernstige zwelling post traumatisch welke niet echt veel is verminderd sinds zijn val op 22.01.2018.
Toenemend kan hij zijn linker voet niet goed meer belasten.
Bij het onderzoek valt een duidelijke antalgie over links op.
Een been stand op links is niet goed mogelijk.
Het bovenste sprongewricht vertoont een forse kapsel zwelling met hydrops.
Bij punctie loopt hemorrhagische gewrichtsvloeistof af.
Er wordt een circumscrippte pijn anterolateraal in de enkelvork aangegev[e]n.
Er bestaat een bandinstabiliteit voor de laterale enkelband.
Schuiflade stress wordt als extreem pijnlijk ervaren.
Rö.: massieve Dystrophie van de distale Tibia .
Status na avulsie fractuur aan de voorzijde van de tibia met oude kapsel scheuren impingement in het voorste deel van het sprongewricht.
MRI onderzoek bevestigt de afwijkingen naast tevens arthrotische veranderingen in het dorsale deel van het gewricht.
Behandelplan:
Klinische opname en operatie:
Verwijderen oude avulsie fractuur Tibia voorzijde fragment met nettoyage van het bovenste sprong gewricht en herstel van het laterale band apparaat."*
- 3.5. De behandelend orthopedisch chirurg in Duitsland heeft bij e-mailbericht, in reactie op de heroverweging van 4 september 2018, over verzoeker verklaard: *"De verdenking op een avulsie fractuur van de voorste kapsel aanhechting werd bevestigd tijdens de operatie.
Men kan discussiëren over een Osteofyt of aanhechting fractuur.
Inklemming werd tijdens de Operatie eveneens bewezen.
De voorste van de 3 aanhechtingen van de laterale band was gescheurd en niet stabiel genezen.
Reden om de aanhechting te versterken.
Het gaat hier dus over verschil van mening die door de operatie is beslecht.
Het behandelplan gaf dus een juiste weergave van uw probleem.
De ernst van het trauma werd ook bewezen door het ernstige aanwijsbare bot oedeem van de distale Tibia.
Dat u geen klachten meer heeft bevestigt onze diagnose."*
- 3.6. De Nederlandse orthopedisch chirurg, bij wie verzoeker eerder onder behandeling was, heeft op 24 oktober 2018 over verzoeker verklaard: *"Op 29-08-2018 zag ik bovenstaande patiënt op de polikliniek in verband met klachten aan de voet.
Komt retour voor overleg klachten
Pt bekend met artrose anterieur BSG mn tibiaplafond en duidelijk osteofyt anterieur, klachten ontstaan na val van trap 1 mtr hoogte.
Advies injectie kena, ging redelijk na zijn injectie en zeer kort gesproken over bovenste spronggewricht artrodese maar zeer invaliderend en pt zeker nog niet aan toe bij verbetering klachten na kena injectie."*

In de tussenliggende periode van eind mei tot eind aug 2018 is pt door de huisarts verwezen voor een 2e mening op verzoek van patiënt naar dr Abbink te Munster, Duitsland gezien recidief klachten en goede ervaring bij de 2e orthopeed bij zijn echtgenote.

Dr Abbink zag op de MRI afwijkingen die hij kon verbeteren met een operatie; het synovitis en osteofyt anterieur schoonmaken en er is verder [wordt] niet gesproken over artrose.

Pt zit vandaag voor mij en vermeldt dat ik en dr Abbink 2 verschillende dingen beschrijven.

Hij wil graag deze operatie ondergaan, maar verzekeraar doet moeilijk om dit vergoed te krijgen.

Pt zeer emotioneel, kan zo niet verder.

Beleid. Mijn inziens geen indicatie voor anterieure enkelscopie voor nettoyage, gesproken over verwachtingen en uitkomst na de operatie maar ook dat het verergering kan geven van klachten. Met patiënt besproken te overleggen met mijn voet/enkel collegae.

Patiënt vermeldt hierop dat de operatiedatum al staat voor 4 sept 2018.

Derhalve gaat patiënt deze route inzetten."

- 3.7. De behandelend orthopedisch chirurg in Duitsland heeft in het operatieverslag van 3 september 2018 het volgende over verzoeker verklaard: "Operatie indicatie:

Traumatische avulsie / voorste Kapsel aanhechting fractuur / ruptuur linker bovenste sprong gewricht met inklemming in het voorste deel van het gewricht, Laterale band deel ruptuur.

Operatie verrichting:

Arthrotomie Talo-crurale gewricht links met nettoyage en abrasie. van vnl. Tibia onderzijde.

Refixatie voorste deel Laterale enkelband.

Operatieverslag:

Patiënt in rugligging bloedleegte linker been.

Schuine antérieure incisie over het Talocrurale gewricht.

Bij het openen van het gewricht loopt 20 cc haemorrhagisch hydrops af.

Instellen van het gewricht en scherp verwijderen losse botfragmenten met kapsel delen van vnl. het frontale deel van het gewricht.

Verdere nettoyage van het bovenste spronggewricht met subtotalen synovectomie, tot aan de mediale Malleolus .

Naar lateraal wordt het Talo-fibulare lig. gerefixeerd aan de band aanhechting plaats.

Haemostasis en spoeling. Redondrain en sluiten van de incisie in lagen.

Fixerend verband. Opheffen van de Bloedleegte.

Per- en post- operatief: Cefuroxim 2X1.5 g iv voor 2 dagen.

Clexane 40 sc.

HV; 14e postoperatieve dag.

Mob.: 2 weken 50%."

- 3.8. In het verslag van de MRI van 19 juni 2018 wordt het volgende over verzoeker verklaard: "MRI enkel links

Forse botoedeem en subchondrale cyste tibia plafond Onregelmatig aspect en ten dele afwezig kraakbeen in het ventrale deel bovenste spronggewricht Hydrops (met name anterolateraal). geen OCD.

Verspreid kleine botoppositie van de talus, geen fissuur. Minimale artrose aan de laterale zijde talonaviculair.

Sterk verdikte achillespees met een normaal signaal. Geen bursitis retrocalcaneus Klein hielspoor zonder oedeem.

Spoortje vocht rond de tibialis posterior. Intacte peroneuspezen

Intacte syndesmose. Verdikt ATFL zonder oedeem, passend bij oud letsel.

Conclusie: - Botoedeem, hydrops, artrose, ten dele afwezig kraakbeen bovenste spronggewricht zoals boven beschreven.

- Sterke verdikte achillespees.

- Verdikte ATFL."

- 3.9. Bij brief van 13 mei 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: "(...)

Medisch inhoudelijk gezien is er een verschil van inzicht op basis van het lichamenlijk onderzoek en de radiologische bevindingen tussen de Nederlandse orthopeed en de Duitse chirurg. Het is

niet mogelijk om zonder verdere deskundige beoordeling van de situatie van verzoeker en de radiologische bevindingen voorafgaand aan de behandeling achteraf een uitspraak te doen over welke medisch specialist de juiste diagnose heeft gesteld en daarop gestoelde behandeling heeft toegepast.

(...)

De vergoeding van de second opinion is niet in geschil. Ten overvloede merkt het Zorginstituut op dat uit de beschikbare informatie blijkt dat verzoeker op 29 augustus 2018 is teruggekeerd naar de oorspronkelijke behandelaar (de orthopeed in Nederland). De vraag of verzoeker vervolgens een verwijzing nodig had voor de behandeling in Duitsland valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut. Gelet op voornoemd artikel 114, derde lid Zvw adviseert Zorginstituut Nederland over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Het Zorginstituut kan daarom geen advies geven met betrekking tot de ontbrekende verwijzing en de bevoegdheid van de Duitse arts om beeldvormende diagnostiek te beoordelen. (...)"

- 3.10. Bij brief van 18 juli 2019 heeft het Zorginstituut aan de commissie herhaald dat *"zonder verdere deskundige beoordeling van de situatie van verzoeker en de radiologische bevindingen voorafgaand aan de behandeling het niet mogelijk is om achteraf een uitspraak te doen over welke medisch specialist de juiste diagnose heeft gesteld en daarop gestoelde behandeling heeft toegepast. De aanvullende informatie bestaande uit MRI foto's maakt dat helaas niet anders. Het Zorginstituut beschikt niet over de deskundigheid om achteraf te kunnen beoordelen of verzoeker een indicatie had voor de uitgevoerde operatie. Het voorlopig advies wijzigt dan ook niet."*

4. Bevoegdheid van de commissie

- 4.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en kan daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uitbrengen. Dit blijkt uit artikel 78 van de 'algemene regels' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

5. Geschil

- 5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de bij verzoeker te Münster uitgevoerde enkeloperatie en de bijbehorende opname te vergoeden.

6. Beoordeling

- 6.1. Op de pagina's 44 tot en met 48 van de 'vergoedingen ONVZ' van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op zorg door een medisch specialist en opname in een ziekenhuis.
- Het te verzekeren risico en de aard en omvang van de te verzekeren prestaties zijn opgenomen in de artikelen 10 en 11 Zorgverzekeringswet (Zvw). Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering (Bzv).
- In artikel 24 van de 'algemene regels' van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op vergoeding van zorg waarop betrokkene naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit is in overeenstemming met artikel 2.1, derde lid, Bzv.
- Op de pagina's 202 tot en met 205 van de 'vergoedingen ONVZ' van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op niet-spoedeisende zorg in het buitenland.
- In artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 is de aanspraak op niet-spoedeisende zorg in een andere EU/ EER-lidstaat geregeld. Een en ander is nader uitgewerkt in de artikelen 25 en 26 van Vo. nr. 987/2009.
- De artikelen en passages waarnaar hiervoor is verwezen, zijn opgenomen in de bijlage. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de operatie, uit te voeren in Duitsland, een andere EU-lidstaat, de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker meegedeeld dat hij van mening is dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor de aangevraagde operatie, zodat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op de zorg bestaat en ook de toestemming op basis van de verordening hem terecht is onthouden. De commissie overweegt als volgt.
- 6.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij na de val van een ladder klachten heeft gehouden aan zijn linker enkel, ondanks de diverse behandelingen die hij heeft gehad. De Nederlandse orthopedisch chirurg zag, als injecties niet meer zouden helpen, het vastzetten van de enkel nog als enige behandeloptie. Daarom heeft verzoeker zich, met verwijzing van zijn huisarts voor een *"second opinion en eventuele behandeling"*, gewend tot de arts in Münster. Deze arts heeft verzoeker onderzocht en heeft de eerder gemaakte MRI bestudeerd. Hij heeft geconcludeerd dat verzoeker door hem kon worden geopereerd. Nadat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag daartoe had afgewezen, heeft deze arts zijn ongeloof hierover uitgesproken. Hij begrijpt niet hoe kan worden gesteld dat bij verzoeker geen indicatie aanwezig was voor de aangevraagde operatie. Bovendien is volgens de Duitse arts tijdens de ingreep gebleken dat de gestelde indicatie correct was, en dat de aangevraagde operatie ook noodzakelijk was. Een en ander blijkt uit het operatieverslag van 3 september 2018.
- De betrokken arts heeft op 12 augustus 2018 verklaard dat hij als orthopedisch chirurg tevens beschikt over Duitse skelet-radiologie-papieren. Hij is dus gekwalificeerd om MRI's te beoordelen. Anders dan de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, heeft verzoeker de door de Duitse arts voorgestelde behandeling wél besproken met zijn Nederlandse arts. Dit blijkt uit diens verklaring van 24 oktober 2018, aldus verzoeker.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie had voor de aangevraagde ingreep. De ziektekostenverzekeraar heeft dit als volgt toegelicht: *"Herstel van het laterale band apparaat is niet van toepassing daar alle banden intact zijn. Nettoyage van het bovenste spronggewricht is niet geïndiceerd bij artrose. De Nederlandse radioloog en onze medische dienst geeft aan dat er geen sprake is van een avulsiefractuur maar van osteofyten. De avulsiefractuur kan dus niet verwijderd worden."* Daarom is de operatie tevens niet doelmatig. Verzoeker had weliswaar een verwijzing van zijn huisarts voor een second opinion bij de Duitse arts, maar er is volgens de ziektekostenverzekeraar geen verwijzing voor de door die arts uitgevoerde behandeling. Het is niet de bedoeling dat de arts die de second opinion uitvoert direct de behandeling overneemt. Ook is niet gebleken dat verzoeker de voorgestelde behandeling heeft besproken met zijn Nederlandse arts.
- De ziektekostenverzekeraar merkt op dat in Nederland de beoordeling van een MRI of andere beeldvormende diagnostiek door een geregistreerde radioloog moet worden gedaan. Een verslag met de bevindingen van de radioloog in Duitsland ontbreekt. De Duitse arts heeft het verslag samengesteld. Op basis van de beschikbare informatie kan de ziektekostenverzekeraar geen bevoegdheid van de Duitse arts of registratie als radioloog in het Duitse register vinden.
- 6.5. De commissie overweegt dat verzoeker door de huisarts is verwezen voor een second opinion "en eventuele behandeling". De second opinion vormt geen onderwerp van geschil. Verzoeker is op 18 juli 2018 onderzocht door de Duitse arts. Deze zag een indicatie voor de operatie die toen is gepland voor 4 september 2018. Vervolgens is hiervoor een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft de aanvraag op 23 augustus 2018 afgewezen. Verzoeker is op 29 augustus 2018 terug gegaan naar zijn Nederlandse arts. Uit de verklaring van de Nederlandse arts blijkt dat zij geen indicatie zag voor een operatie.
- Uit het dossier blijkt verder dat verzoeker meer vertrouwen had in de benadering van de Duitse arts dan in die van de Nederlandse arts. Laatstgenoemde koos voor het geven van injecties en het

eventueel vastzetten van het gewricht. Verzoeker heeft besloten de behandeling bij de Duitse arts voort te zetten, waarna de datum van de operatie is bepaald.

6.6. Ten aanzien van het door de ziektekostenverzekeraar aangevoerde argument dat verzoeker ná de second opinion met de bevindingen van de tweede arts terug moest gaan naar de oorspronkelijke behandelaar om de behandelopties te bespreken, overweegt de commissie als volgt. In de desbetreffende passage op pagina 46 van de polisvoorwaarden staat het volgende: *“Na beoordeling door een andere specialist, kunt u met uw eigen medisch specialist in overleg over de verdere behandeling.”* Verzoeker is teruggegaan naar de Nederlandse arts, en wel op 29 augustus 2019. Bij die gelegenheid zijn de diverse opties en de risico's van een operatie kennelijk besproken, waarbij verzoeker zijn keuze voor behandeling door de Duitse arts kenbaar heeft gemaakt. Dit argument van de ziektekostenverzekeraar kan daarom niet slagen.


6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts aangevoerd dat verzoeker weliswaar een verwijzing had voor de second opinion, maar niet voor de door de Duitse arts verrichte ingreep. Uit de desbetreffende passage op pagina 46 van de polisvoorwaarden volgt dat men een verwijzing moet hebben van de huisarts voordat men naar een medisch specialist gaat. In het geval van verzoeker heeft de huisarts vooraf een verwijzing gegeven voor een *“second opinion en eventuele behandeling”*. Er is dus een voorafgaande verwijzing. Uit de polisvoorwaarden blijkt niet dat als na het consult een behandeling wordt voorgesteld door de medisch specialist, betrokkene voor de voorgestelde behandeling opnieuw een verwijzing moet hebben van de huisarts of dat de oorspronkelijke behandelaar naar aanleiding van de uitkomst van de second opinion een verwijzing moet geven. Dit argument van de ziektekostenverzekeraar faalt om die reden.

6.8. Vervolgens dient de vraag te worden beantwoord of verzoeker een indicatie had voor de ingreep. De Nederlandse en de Duitse arts hebben uiteenlopende indicaties gesteld. Daarnaast gevraagd heeft het Zorginstituut kenbaar gemaakt dat hij niet beschikt over de deskundigheid om achteraf vast te stellen wie van de twee artsen de juiste diagnose heeft gesteld.

Eerder heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd of hij bereid is een derde medisch specialist te laten kijken naar deze zaak. De ziektekostenverzekeraar heeft dit toen afgewezen. Verzoeker heeft deze vraag herhaald in zijn brief aan de commissie. De ziektekostenverzekeraar is hierop opnieuw niet ingegaan. Pas nadat de ziektekostenverzekeraar het voorlopig advies van het Zorginstituut had ontvangen, heeft hij verzoeker benaderd en voorgesteld alsnog een derde medisch specialist naar de zaak te laten kijken om het geschil te beslechten. Verzoeker heeft dit voorstel afgewezen, omdat hij dit een gepasseerd station vond. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande tijdens de hoorzitting aan de commissie meegedeeld. De commissie is van oordeel dat het – gezien de standpunten van partijen en deze voorgeschiedenis – niet aangewezen is thans alsnog een deskundige te benoemen om vast te stellen welke arts de juiste diagnose heeft gesteld, aangenomen dat dit laatste nog mogelijk is.

De commissie overweegt dat de overgelegde MRI geen uitkomst lijkt te bieden, en dat van de behandelend artsen alleen de Duitse arts daadwerkelijk 'in' de enkel van verzoeker heeft gekeken. Daarom moet aan zijn oordeel doorslaggevende betekenis worden toegekend en gaat de commissie uit van de juistheid van dit oordeel. Of de betreffende arts bevoegd was de MRI te beoordelen kan in het midden blijven, nu de diagnose 'op papier' is achterhaald door de feitelijke bevindingen tijdens de operatie. Onweersproken is dat bij de door de Duitse arts gestelde indicatie de uitgevoerde ingreep de aangewezen behandeling is. De commissie gaat daarom uit van de juistheid hiervan. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Duitsland verrichte ingreep en de daarbij behorende opname.


6.9. Aangezien de zorg bij de indicatie van verzoeker een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, is de toestemming op basis van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 - achteraf gezien - ten onrechte geweigerd. De ziektekostenverzekeraar zal daarom, gelet op het bepaalde in de artikelen 25 en 26 van Vo. nr. 987/2009, moeten overgaan tot tarifiering. Als de daadwerkelijke kosten hoger zijn dan de uitkomst van de tarifiering, moet de ziektekostenverzekeraar nagaan of



verzoeker op grond van de zorgverzekering, meer specifiek de passage op pagina 202 van de verzekeringsvoorwaarden, aanspraak heeft op een (aanvullende) vergoeding tot maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.



Aanvullende ziektekostenverzekering




6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de bij verzoeker uitgevoerde enkeloperatie en de bijbehorende opname. Daarom kan op grond van deze verzekering geen (aanvullende) vergoeding plaatsvinden.




7. Het bindend advies




7.1. De commissie beslist dat:



(i) verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de te Münster, Duitsland, uitgevoerde enkeloperatie en de bijbehorende opname;



(ii) de ziektekostenverzekeraar in dat verband moet overgaan tot tarifiering;




(iii) de ziektekostenverzekeraar, als de daadwerkelijke kosten hoger zijn dan de uitkomst van de tarifiering, aan verzoeker een (aanvullende) vergoeding moet verlenen tot maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten;



(iv) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 25 september 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester

Artikel 2.1, derde lid, Bzv

Onverminderd hetgeen is bepaald in de [artikelen 2.4 tot en met 2.15](#), heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 2.4 Bzv

1 Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

a. de zorg niet omvat:

1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;

2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:

– ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;

– ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;

3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;

4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;

5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;

b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:

1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelsespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

Artikel 20 van Vo 883/2004:

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. (...)

3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op vergoeding van zorgkosten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.

Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? Aan de hand van de volgende stappen bepalen wij of wij de zorg vergoeden. Meestal gaat de vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt dan rechtstreeks vergoeding van ONVZ en ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener.
22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op diensten die op onze website onder vergoedingen staan, als aan de voorwaarden is voldaan.** We bedoelen de algemene regels die u nu leest, en de voorwaarden die bij vergoedingen op de website staan.
23. **De verzekering vergoedt de kosten van zorg zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of (bijvoorbeeld bij een geneesmiddel) de datum van aflevering die op de nota staat, moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling als één tarief in rekening, zoals een dbc? Dan moet u op de startdatum van de behandeling bij ons verzekerd zijn.
24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**
 - a. **waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen, en**
 - b. **die naar inhoud en omvang als effectief en veilig wordt beschouwd**Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond en in de praktijk is gebleken dat de zorg goed werkt. Is dat niet aangetoond of gebleken dan geldt wat het betrokken vakgebied (de hele groep van zorgverleners) goede zorg vindt. Verder moet de zorg voor u doeltreffend zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
25. **De overheid bepaalt soms het tarief.** Voor sommige behandelingen stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een vaste prijs of maximumprijs vast. Wij vergoeden dan deze vaste prijs, of niet meer dan de maximumprijs.

Is er geen vaste of maximumprijs van de overheid? Dan vergoeden wij een marktconforme prijs. 'Marktconform' betekent dat de rekening van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is, vergeleken met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Voor een Zvw-pgb voor verpleging en verzorging gelden de tarieven die in het Reglement Zvw-pgb¹ staan.

Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

26. **Soms betaalt u een eigen bijdrage.** Voor sommige zorg van de Vrije Keuze Basisverzekering (zoals kraamzorg thuis, sommige geneesmiddelen en het kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage. Dat is een bedrag dat u zelf moet betalen als u de zorg krijgt. De overheid bepaalt de eigen bijdragen.
27. **U betaalt ook een verplicht eigen risico.** De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. **Voor 2018 is het bedrag € 385.** Dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. **Het eigen risico geldt alleen voor de Vrije Keuze Basisverzekering.**

U betaalt geen eigen risico over de eigen bijdrage. Dit werkt als volgt. Als wij een nota van u krijgen, halen we daar eerst uw eigen bijdrage vanaf. Daarna berekenen wij het eigen risico.
28. **Het eigen risico gaat in op de eerste dag van de maand na de maand waarin u 18 jaar wordt.** Onder de 18 en in de maand van de 18e verjaardag geldt geen eigen risico.
29. U kunt bovenop het verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. Dat bedrag betaalt u dan ook zelf. U krijgt daarvoor korting op de premie. In de premietabel leest u welke bedragen u kunt kiezen als vrijwillig eigen risico, en welke korting u dan krijgt. Wij verrekenen zorgkosten eerst met het verplichte en dan met het vrijwillig eigen risico.

¹ Heeft u een vraag of zoekt u een document? Wij helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing, of geldt er een eigen bijdrage?

Voorbeeld

In de algemene regels staat dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt altijd, ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan bijvoorbeeld als voorwaarde staan dat de zorgverlener een bepaalde specialisatie heeft. Of dat u van ons toestemming moet hebben voor u naar de zorgverlener gaat.

Ziekenhuis en medisch specialist

Vergoedingen

Zorg door de medisch specialist

- Ziekenhuisopname
- Plastische chirurgie
- Vruchtbaarheidsbehandeling
- In-vitrofertilisatie (ivf)
- Erfelijkheidsonderzoek
- Borstkanker: aanvullend onderzoek
- Orgaantransplantatie en -donatie
- Dialyse
- Mechanische beademing
- Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
- Verblijf in een logeerhuis
- Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Zorg door de medisch specialist

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

Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische zorg verwijst de huisarts of een andere zorgverlener u naar de medisch specialist¹.

Deze werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum² (ZBC) of in een eigen praktijk.

De medisch specialist doet het eerste consult meestal zelf. Hij stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. Hij is voor u de hoofdbehandelaar. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Denk bijvoorbeeld aan een scan of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de hoofdbehandelaar ook een SEH-arts (op de spoedeisende hulp), een verpleegkundig specialist of een physician assistant³ zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

De **basisverzekering** vergoedt medisch-specialistische zorg. De basisverzekering vergoedt ook verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering de ziekenhuisopname.

Voor sommige behandelingen gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze behandelingen apart vermeld:

- plastische chirurgie
- voorwaardelijk toegelaten behandelingen
- vruchtbaarheidsbehandeling / ivf
- kaakchirurgie
- gespecialiseerde ggz
- aanvullende diagnostiek bij borstkanker
- sterilisatie of een hersteloperatie daarvan

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De meeste ziekenhuiszorg
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

¹ Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

² Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

³ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts. Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg¹ staan vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wachttijd? Neem contact op met onze ZorgConsulent.

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij onze ZorgConsulent terecht.

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of de voorgestelde behandeling? Dan kunt u uw medisch specialist om een verwijzing vragen voor een second opinion. Na beoordeling door een andere specialist, kunt u met uw eigen medisch specialist in overleg over de verdere behandeling. De basisverzekering vergoedt deze second opinion. Voor advies en informatie over een second opinion kunt u ook bij onze ZorgConsulent terecht.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier die gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Ziekenhuisopname

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

Wat u vergoed krijgt

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

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

De basisverzekering vergoedt de ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort:

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

³ Een kaakchirurg vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

U kunt terecht in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum¹ (ZBC). Hieronder vallen ook de instellingen die gespecialiseerd zijn in een bepaalde behandeling of ziekte, zoals een oogkliniek, een revalidatiecentrum of een epilepsiecentrum.

Wordt u opgenomen in een ggz-instelling²? Dan gelden andere voorwaarden. Daarom staat opname in een ggz-instelling apart vermeld. Dit geldt ook voor eerstelijns verblijf en geriatrische revalidatiezorg.

De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Zorgplan vergoeden extra comfort tijdens uw opname tot maximaal € 2.500 per kalenderjaar.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Maximaal 3 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 2.500 voor extra comfort <ul style="list-style-type: none">• Eenpersoonskamer of compensatie van € 75 per dag als die niet beschikbaar is• Luxepakket of comfortservice• Extra bed en maaltijd bij verblijf van uw partner
Zorgplan	€ 2.500 voor extra comfort <ul style="list-style-type: none">• Eenpersoonskamer of compensatie van € 75 per dag als die niet beschikbaar is• Luxepakket of comfortservice• Extra bed en maaltijd bij verblijf van uw partner

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts. Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing nodig.

¹ Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

² Een instelling die van de overheid gespecialiseerde ggz mag leveren. Voor zorg met opname: een instelling die gespecialiseerde ggz met verblijf mag leveren

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg¹ staan vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De basisverzekering vergoedt de opname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als de basisverzekering die zorg zelf ook vergoedt.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor geplande en onvoorziene zorg in het buitenland. Gaat u naar het buitenland voor een ziekenhuisopname? Neemt u vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende verrassingen achteraf.

Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

Wat u vergoed krijgt

Bij plastische chirurgie denken veel mensen aan het aanpassen van het uiterlijk om er beter uit te zien. Plastische chirurgie is echter veel meer. Het kan ook gaan om operaties om een aangeboren afwijking te herstellen. Of om het lichaam te herstellen na een ongeluk, zoals bij brandwonden. Ook als er bij een medische behandeling een lelijk litteken overblijft, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.

Hier kunt u terecht

Plastische chirurgie wordt meestal door een plastisch chirurg uitgevoerd. Maar ook een andere medisch specialist, zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

Deze medisch specialisten werken in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of in een eigen praktijk.

De **basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie alleen bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk die een lichamelijke functiestoornis² opleveren
2. verminkingen³ door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslaptte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
4. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
6. deze aangeboren afwijkingen: een lip-, kaak- en gehemeltepleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek, misvorming van urineweg- en geslachtsorganen
7. behandeling van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

De basisverzekering vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering de ziekenhuisopname.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Voorbeeld: U kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken

³ Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan betaalt u het eigen risico ook als u naar het buitenland gaat. Het eigen risico geldt niet als u kiest voor vergoeding volgens de plaatselijke regels.

De eigen bijdrage

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

Dit moet u zelf doen

Neem bij ziekenhuisopname contact op met ONVZ Zorgassistance

Wordt u in het buitenland in het ziekenhuis opgenomen? Dan raden wij u aan om contact op te nemen met ONVZ Zorgassistance. Bij Superfit en Wereldfit móet u dit doen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de Uitgebreide voorwaarden

Voor Wereldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De Uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Wij betalen in euro's

Is het bedrag op uw nota in een andere muntsoort? Dan rekenen wij het bedrag om naar euro's. Wij rekenen met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u zorg ontving.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Heeft u zorg nodig en wilt u daarvoor naar het buitenland gaan?

Wat u vergoed krijgt

De vergoeding hieronder geldt voor niet-spoedeisende (voorziene zorg) in het buitenland. Dus zorg die u niet meteen hoeft te krijgen, maar die gepland kan worden. Voor zorg die u wel meteen nodig heeft, geldt de vergoeding spoedeisende zorg in het buitenland.

Voor de vergoeding maakt het verschil of de niet-spoedeisende zorg onder de basisverzekering valt, of onder een aanvullende verzekering. En ook waar u heen wilt en welke aanvullende verzekering(en) u heeft. We zetten het voor u op een rij.

Zorg die onder de basisverzekering valt

Staat bij de Vergoedingen dat de basisverzekering de zorg vergoedt? Dan kunt u voor die zorg ook naar het buitenland gaan. Er gelden 3 belangrijke beperkingen:

- de basisverzekering vergoedt voor zorg in het buitenland nooit meer dan het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
- niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Bijvoorbeeld omdat het gaat om zorg die niet gebruikelijk is. U krijgt dan geen vergoeding
- voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland. Heeft u bijvoorbeeld een verwijzing nodig, of toestemming vooraf? Dan geldt dat ook in het buitenland

Neemt u daarom vooraf contact op met de ZorgConsulent. Die kan u hier alles over vertellen.

Heeft u zorg nodig die u in Nederland niet kunt krijgen? Of waar u gezien uw medische situatie te lang op moet wachten? Dan helpen wij u om passende zorg in het buitenland te krijgen. In dat geval neemt u ook contact op met de ZorgConsulent. Neemt u vooraf geen contact met ons op, en hadden wij de zorg voor u kunnen regelen? Dan moet u, als de zorg in het buitenland duurder was, het verschil zelf betalen.

De **aanvullende verzekeringen** Wereldfit en Superfit vullen voor ziekenhuiszorg in een ziekenhuis in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan. U moet dan wel vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent.

Superfit vult voor (andere) zorg die onder de basisverzekering valt en die u krijgt in een EU-, EER- of een verdragsland¹ de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en gaat u voor zorg naar een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan is soms **vergoeding volgens de plaatselijke regels mogelijk**. Dat kan gunstig zijn als de zorg daar duurder is dan in Nederland. U moet daarvoor wel een S2-formulier meenemen naar de zorgverlener. Dat formulier kunt u bij ons aanvragen².

Zorg die onder de aanvullende verzekering valt

Wilt u voor zorg die onder uw aanvullende verzekering valt naar het buitenland? Dan vergoeden wij het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. En als u Superfit heeft in EU-, EER- en verdragslanden tot 2 keer dat bedrag. Als de zorg in het buitenland duurder is, betaalt u het verschil zelf.

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden in principe dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoeding als u wilt weten bij welke zorgaanbieders u terecht kunt, en welke andere voorwaarden gelden. Of neem contact op met ons Service Center.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/vergoedingen/zorg-in-het-buitenland/verdragslanden-voor-zorg

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Zorg volgens vergoedingen basisverzekering Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Zorg volgens vergoedingen Startfit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Extrafit	Zorg volgens vergoedingen Extrafit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Benfit	Zorg volgens vergoedingen Benfit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Zorg volgens vergoedingen Optifit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Zorg volgens vergoedingen Topfit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit, ziekenhuiszorg in ziekenhuis in België en Duitsland 100%, aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland <ul style="list-style-type: none">• Ziekenhuiszorg in ziekenhuis België of Duitsland 100%, na begeleiding ZorgConsulent, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten• Andere zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)• Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag
Wereldfit	Medisch-specialistische zorg in ziekenhuis België en Duitsland 100% Na begeleiding ZorgConsulent
Tandfit A	Zorg volgens vergoedingen Tandfit A Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Tandfit B	Zorg volgens vergoedingen Tandfit B Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Tandfit C	Zorg volgens vergoedingen Tandfit C Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Tandfit D	Zorg volgens vergoedingen Tandfit D Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Tandfit Preventief	Zorg volgens vergoedingen Tandfit Preventief Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan betaalt u het eigen risico ook als u naar het buitenland gaat. Het eigen risico geldt niet als u kiest voor vergoeding volgens de plaatselijke regels.

De eigen bijdrage

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

Hoe werkt dat?

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf contact met ons opnemen

- als u zorg nodig heeft die u in Nederland niet of niet snel genoeg kunt krijgen: met de ZorgConsulent
- als u een S2-formulier wilt aanvragen: met de ZorgConsulent
- als u voor medisch-specialistische zorg naar een ziekenhuis in België of Duitsland wilt en Werldfit of Superfit heeft: met de ZorgConsulent
- als u voor zorg in Nederland toestemming¹ vooraf van ons moet hebben

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Werldfit of Superfit? Kijk ook in de Uitgebreide voorwaarden

Voor Werldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De Uitgebreide voorwaarden Werldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Werldfit is daar namelijk onderdeel van.

Werken of wonen in het buitenland moet u melden

Vertrekt u naar het buitenland om daar te werken of te wonen, tijdelijk of vast? Dat kan gevolgen hebben voor uw basisverzekering. Daarom moet u dit aan ons melden. Wij laten u weten of u uw verzekering kan houden.

Wij betalen in euro's

Is het bedrag op uw nota in een andere muntsoort? Dan rekenen wij het bedrag om naar euro's. Wij rekenen met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontving.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is

Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

Als u tijdens uw reis geen infectieziekten wilt oplopen.

Wat u vergoed krijgt

In sommige landen loopt u extra risico op infectieziekten, zoals bijvoorbeeld hepatitis of malaria. U kunt zich hiertegen laten vaccineren, of (tegen malaria) medicijnen slikken.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen