

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, Zwitserland, en ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak	: Zwitserland, VS, Verenigd Koninkrijk, geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, farmaceutische zorg
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021 en 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021 en 2022, Verdrag EU en de Zwitserse Bondstaat, art. 17 Vo. nr. 883/2004 en art. 24 Vo. nr. 887/2009
Zaaknummer	: 202201856
Zittingsdatum	: 7 juni 2023

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon, en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, Zwitserland, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 7 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 december 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 16 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 januari 2023 aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailbericht van 7 februari 2023 heeft verzoeker hierop een reactie gezonden, die in kopie aan de ziektekostenverzekeraar is gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 4 april 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023009974) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 april 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juni 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na de hoorzitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie aan te leveren. Dit is geschied bij e-mailbericht van 14 juni 2023. Deze informatie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, met de vraag hierop uiterlijk 15 augustus 2023 te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens telefonisch bij herhaling verklaard behulpzaam te willen zijn bij het zoeken naar een oplossing. Bij e-mailbericht van 22 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie meegedeeld dat hij nog steeds geen uitsluitel kan geven. Verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 3 oktober 2023 gereageerd, waarna de commissie heeft besloten de procedure voort te zetten naar de stand van dat moment, zonder nog verder uitstel aan partijen te geven om tot een oplossing in der minne te komen.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 4 oktober 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 4 april 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 11 oktober 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker en zijn echtgenote waren in 2021 en 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Topfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering werd in 2021 tijdelijk door de ziektekostenverzekeraar beëindigd en omgezet naar de aanvullende verzekering Optifit. Verzoeker trad aanvankelijk tevens op als verzekeringnemer ten behoeve van zijn kinderen. Zijn in Zwitserland woonachtige zoon was tegen ziektekosten verzekerd op grond van de verzekeringen ONVZ Basisfit Internationaal en ONVZ Topfit Internationaal. Ten behoeve van zijn beide dochters (dochter 1 woonachtig in het VK en dochter 2 woonachtig in de VS) werd daarnaast de verzekering ONVZ Tandfit Module C afgesloten. Met ingang van 2022 hebben de dochters 1 en 2 een eigen verzekering tegen ziektekosten. Voor de zoon is in 2022 in Zwitserland een ziektekostenverzekering afgesloten.
- 3.2. Verzoeker heeft bij brief van 8 februari 2022 een aantal klachten voorgelegd aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de ontvangst hiervan bij e-mailbericht van 10 februari 2022 bevestigd. Bij e-mailbericht van 24 februari 2022 heeft hij inhoudelijk gereageerd op de klachten.
- 3.3. Bij brief van 4 april 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in eerste instantie aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan hem een hoger bedrag te vergoeden ter zake van de ingediende declaraties van hem en zijn gezinsleden. Ter zitting heeft verzoeker verklaard ook een uitspraak te willen over de vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden is ervoor te zorgen dat zorgdeclaraties worden afgehandeld volgens het zorgstelsel van zijn woonland (Zwitserland).
- 4.2. Verzoeker is eind augustus 2021 met een deel van zijn gezin verhuisd naar Zwitserland. Door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) zijn verzoeker en zijn echtgenote als verzekeringsplichtig op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zvw beoordeeld. Verzoeker heeft de verhuizing gemeld bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft hierop een S1-formulier afgegeven. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij e-mailbericht van 2 november 2021 meegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering van hem en zijn echtgenote werd beëindigd, omdat zij in het buitenland woonachtig waren geworden, en dat de verzekering met ingang van 1 oktober 2021 werd omgezet naar de verzekering Optifit.
- 4.3. Sinds de vestiging in Zwitserland kan verzoeker niet meer inloggen in de 'Mijn-omgeving' van de ziektekostenverzekeraar. Alle onderlinge communicatie dient daarom per gewone post plaats te vinden, met onder andere vertraging tot gevolg. Tevens ondervindt verzoeker problemen bij het declareren. Van de kosten ten bedrage van totaal € 10.692,- werd door de ziektekostenverzekeraar € 4.964,- vergoed. Verzoeker verwijst naar informatie van de ziektekostenverzekeraar waaruit blijkt dat deze kosten, gemaakt in het buitenland, vergoed volgens de regels van het woonland.
Door verzoeker is een overzicht overgelegd waaruit blijkt dat dit niet is gebeurd. Zo werd door zijn echtgenote een declaratie voor farmaceutische zorg ingediend van totaal Chf 72,50 (2 november 2021). Hiervan werd € 31,74 en € 5,53 vergoed. Een tweede declaratie, ten bedrage van Chf 36,65 (10 november 2021) werd geheel afgewezen. Van de declaraties van zijn zoon voor farmaceutische zorg van Chf 149,25 (6 december 2021) en geneeskundige zorg van Chf 102,05 (6 december 2021) werd € 18,89, € 5,63, € 47,98, € 12,35 en € 22,41 vergoed.

- 4.4. In het kader van de afwijzing heeft de ziektekostenverzekeraar de codes '046' en 'VERZEK' vermeld, met de toelichting dat deze posten niet onder de dekking van de verzekering vallen. Ook zijn declaraties afgewezen met code '1068', die staat voor eerder ontvangen en afgehandelde nota's.
- Uit de stukken blijkt verder dat dochter 1 kosten heeft gemaakt in het VK, die niet zijn vergoed. Het gaat hierbij om nota's ten bedrage van € 763,05, € 3.850,44 en € 62,79. Volgens verzoeker betreft het hierbij kosten van medisch specialistische zorg en een ziekenhuisopname, verband houdend met het verwijderen van moedervlekken.
- Dochter 2 heeft kosten gemaakt in de VS. Nota's ten bedrage van € 438,17 en € 131,99 zijn niet vergoed. Verzoeker licht toe dat deze zien op het verwijderen van een ingegroeide teennagel onderscheidenlijk de behandeling van 'adult acne'.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het hem niet alleen gaat om de vergoeding. Zijn klacht is met name dat hij niet weet wat hij van de ziektekostenverzekeraar mag verwachten met betrekking tot de dekking van de verzekering. De kinderen zijn van de polis gehaald en niemand kan hem vertellen wat de dekking van de verzekering is. Verzoeker en zijn echtgenote zijn (nu) nog gezond, maar dit kan veranderen. Op de website staat dat de ziektekostenverzekeraar zich houdt aan de regels van het land waar hij woont, volgens de daar geldende tarieven, maar dit is niet waar. Er is ca. € 8.000,- gedeclareerd in 2022, maar daarvan is meer dan € 5.000,- niet vergoed. Ook de assurantietussenpersoon kan niet meer zeggen waarvoor verzoeker en zijn echtgenote verzekerd zijn. Van de ziektekostenverzekeraar krijgen verzoeker en de assurantietussenpersoon geen antwoord. Declaraties worden systematisch afgewezen. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat het door de ziektekostenverzekeraar afgegeven S1-formulier is aangeleverd bij de AAS, het lokale uitvoeringsorgaan van de Zwitserse sociale ziektekostenverzekering. Er is een lijst van door AAS goedgekeurde verzekeraars en de ziektekostenverzekeraar staat hier niet op. Daarom worden verzoeker en zijn echtgenote niet door de lokale verzekeraar ingeschreven. Dit is gemeld aan de assurantietussenpersoon en aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker en zijn echtgenote krijgen dit in Zwitserland niet voor elkaar. Daarom restte hen geen andere keuze dan alles te declareren bij de ziektekostenverzekeraar. Vaak wordt er in Nederland verzocht om een behandelplan en moet toestemming worden gevraagd. Dit is in het buitenland echter niet gebruikelijk. Een onderdeel van het probleem van het niet vergoeden is het niet kunnen overleggen van een behandelplan. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 4.6. Bij e-mailbericht van 3 oktober 2023 heeft verzoeker toegelicht dat de AAS een landelijk werkende en bevoegde organisatie is. Hij en zijn echtgenote willen kiezen voor de Zwitserse ziektekostenverzekeraar Helsana.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de verzekeringsplicht op grond van de Wlz is beoordeeld door de SVB en dat naar aanleiding van die beoordeling verzoeker en zijn echtgenote bij hem zijn verzekerd op grond van de zorgverzekering. Er is in hun geval dus geen sprake van een buitenlandverzekering. De zorgverzekering kent een dekking tot maximaal het in Nederland geldende tarief, en dit zal niet altijd toereikend zijn. De aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn echtgenote werd, naar aanleiding van het verhuisbericht, abusievelijk beëindigd met ingang van 1 oktober 2021 en omgezet naar de verzekering Optifit. Dit is intussen gecorrigeerd en werd aan verzoeker meegedeeld in het e-mailbericht van 24 februari 2022.
- 5.2. Voor het inloggen in de 'Mijn-omgeving' moet gebruik worden gemaakt van DigiD. Omdat verzoeker met een deel van zijn gezin in Zwitserland woont, is dat echter niet mogelijk. Dit neemt niet weg dat digitaal kan worden gecommuniceerd via e-mail.
- Met betrekking tot de nota's constateert de ziektekostenverzekeraar het volgende. De nota van verzoeker van 27 augustus 2021, ten bedrage van € 15,77, werd vergoed. De nota's van de

echtgenote van verzoeker van 2 november 2021, 10 november 2021 en 7 december 2021 werden deels dubbel gedeclareerd en zijn daarom afgewezen. Op de nota van 2 november 2021 zijn de middelen Mebucaine® N en Pectocalmine® N Sirup vermeld. Hiervoor kent de verzekering geen dekking. De nota van 10 november 2021 voor Kalcipos® is alsnog vergoed. Ter zake van de nota van 7 december 2021 zijn op 23 december 2021 bedragen van € 31,01 en 14,38 vergoed.

- 5.3. De voor de zoon van verzoeker op 8 december 2021 gemaakte kosten zijn op 6 januari 2022 deels vergoed (€ 107,26). Nadien zijn nog bedragen van € 19,13, € 6,59 en € 10,53 vergoed. De declaraties uit het VK van dochter 1 worden (nog) niet vergoed. Er is een behandelverslag opgevraagd. Voor de nota van € 62,79 geldt dat een verwijzing ontbreekt. Met betrekking tot de declaraties uit de VS van dochter 2 geldt dat de nota van € 438,17 niet duidelijk is en dat een gecorrigeerde nota is opgevraagd. De nota van € 131,99 is afgewezen omdat een voorafgaande machtiging ontbreekt.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat de situatie van verzoeker en zijn echtgenote zo is dat zij verzekeringsplichtig zijn in Nederland. Dan gelden de regels van Vo. nr. 883/2004. Er is de mogelijkheid zich aan te melden bij het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering in het woonland, met het zogenoemde S1-formulier. Dan bestaat recht op vergoeding volgens de kosten van het lokale stelsel. Het alternatief is de nota's te declareren bij de ziektekostenverzekeraar, en in dat geval worden deze afgehandeld volgens de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden. In sommige gevallen vindt dan een korting plaats op de tarieven die zijn gedeclareerd. Het verzekeringsrecht is uitgevraagd in Zwitserland en daaruit bleek dat verzoeker en zijn echtgenote nog steeds recht hadden op de Nederlandse basisverzekering. Er kon toen een S1-formulier worden gestuurd naar het plaatselijke uitvoeringsorgaan of naar de assurantietussenpersoon en dit laatste is gebeurd. Vervolgens kreeg de ziektekostenverzekeraar de nota's toch rechtstreeks binnen en niet via het (internationale) systeem, en deze zijn daarom volgens de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden afgehandeld. De vermelding op de website, waarnaar verzoeker heeft verwezen, ziet op de situatie dat het S1-formulier is afgegeven en geaccepteerd door het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering van het land waar betrokkene woont. Dan bestaat recht op vergoeding conform het sociale stelsel van dat land. Aan de hand van het S1-formulier weet het lokale uitvoeringsorgaan dat al premie wordt afgedragen. De declaraties komen dan via het Zwitserse systeem weer naar Nederland. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 5.5. Bij e-mailbericht van 27 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker en zijn echtgenote een dispensatie lijken te hebben, zodat zij niet deel hoeven te nemen aan het Zwitserse zorgstelsel. Het S1-formulier is gekoppeld aan de verplichte verzekering tegen ziektekosten in Zwitserland. Het is de ziektekostenverzekeraar niet bekend of het mogelijk is deze dispensatie op te heffen. Bij e-mailbericht van 22 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat verzoeker en zijn echtgenote zich in een ander kanton hebben gevestigd. Zij hebben bij de inschrijving hun vrijstelling uit het kanton Vaude getoond. Het hebben van een verzekering is een voorwaarde om als ingezetene te kunnen worden ingeschreven. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker en zijn echtgenote daarop per e-mail meegedeeld dat zij op basis van de Nederlandse zorgverzekering tot eenmaal Nederlands tarief zijn verzekerd en dat zij voor een dekking op basis van het Zwitserse stelsel met de daar toepasselijke tarieven de keuze moeten maken voor één van de lokale uitvoeringsorganen zodat de ziektekostenverzekeraar met deze het S1-traject kan afronden. De ziektekostenverzekeraar kan deze keuze niet voor verzoeker en zijn echtgenote maken. Wel heeft hij hen meegedeeld waar deze lokale uitvoeringsorganen te vinden zijn. Omdat de ziektekostenverzekeraar daarop geen reactie heeft ontvangen, heeft hij gepoogd bij het uitvoeringsorgaan in het kanton Vaude na te gaan waarom dit orgaan op basis van het S1-formulier een vrijstelling heeft afgegeven. Daarop is (nog) geen reactie gekomen.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 4 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) De informatie in het dossier is medisch, farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

Het dossier bevat overzichten van declaraties van verzoeker en zijn echtgenote waarop specifieke zorgkosten niet zijn vermeld. Voor deze declaraties geldt dat het Zorginstituut niet kan beoordelen of sprake is van zorg die onderdeel is van het basispakket en of verzoeker of zijn echtgenote op die zorg is aangewezen.

Osteopathie is wel op een van de overzichten van de declaraties vermeld. Het betreft een declaratie van verzoeker. Osteopathie komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Deze therapie valt onder de noemer alternatieve geneeswijzen of beweegzorg en is geen geneeskundige zorg. Alternatieve geneeswijzen of beweegzorg maken geen deel uit van het basispakket, maar kunnen desgewenst verzekerd worden via een aanvullende verzekering.

De echtgenote van verzoeker heeft een declaratie ingediend voor een onderzoek van een bipt bij een coloscopie. Verweerder heeft deze declaratie vergoed als onderdeel van een dbc-zorgproduct voor onderzoek of behandeling van het maagdarmkanaal. De kosten zijn vergoed tot maximaal het in Nederland geldende tarief in 2021. Gezien het voorgaande erkent verweerder dat sprake is van verzekerde zorg en dat de echtgenote was aangewezen op deze zorg. Er is dus niet in geschil dat de echtgenote van verzoeker als verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding van deze zorgkosten uit het basispakket. Ten overvloede merkt het Zorginstituut op dat het Zorginstituut dit niet inhoudelijk kan beoordelen, omdat het dossier geen verwijsbrief en verslag van de behandeling van de darmklachten bevat. Om dezelfde reden kan, hoewel het Zorginstituut geen formeel advies over dbc's geeft, niet worden aangegeven of de door verweerder gebruikte dbc passend is voor de geleverde zorg.

Uit de informatie van verweerder leidt het Zorginstituut af dat verweerder declaraties van de echtgenote voor voorgeschreven Mebucaine® en Pectocalmine® niet heeft vergoed. Beide producten zijn niet beschikbaar in Nederland en niet opgenomen in het GVS. Mebucaine® is een middel tegen keelpijn en Pectocalmine®4 is een hoestdrank tegen vastzittend slijm. De equivalenten van deze geneesmiddelen (bijvoorbeeld Trachitol® resp. Natterman® extra sterk) worden in Nederland tot zelfzorg gerekend en zijn ook niet opgenomen in het GVS. Hoewel in het dossier een recept en een medische indicatie voor het voorschrijven van deze middelen ontbreekt, kan worden beoordeeld dat deze producten zelfzorgmiddelen zijn en niet worden vergoed vanuit de Zvw.

Conclusie

Het Zorginstituut concludeert op grond van de informatie in het dossier dat verweerder voor wat betreft het onderzoek of de behandeling van het maagdarmkanaal bij de echtgenote van verzoeker erkent dat sprake is van verzekerde zorg waarop zij redelijkerwijs was aangewezen. Het Zorginstituut kan dit niet inhoudelijk beoordelen, omdat het dossier hiervoor onvoldoende informatie bevat. De producten Mebucaine® en Pectocalmine® zijn niet opgenomen in het GVS en komen niet voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Er is niet in geschil dat de echtgenote van verzoeker aanspraak kon maken op vergoeding van zorgkosten ten laste van de basisverzekering voor het onderzoek of de behandeling van het maagdarmkanaal. Het Zorginstituut kan dit niet inhoudelijk beoordelen, omdat het dossier

hiervoor onvoldoende informatie bevat. De echtgenote van verzoeker kan geen aanspraak maken op de vergoeding van Mebucaïne® en Pectocalmine® ten laste van de basisverzekering. (...)"

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering en de ten behoeve van de zoon en dochters 1 en 2 afgesloten particuliere ziektekostenverzekeringen. Dit blijkt uit artikel 78 van de Algemene regels van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, en artikel 10 van de particuliere ziektekostenverzekeringen.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneeskundige zorg en farmaceutische zorg alsmede het Verdrag tussen de EU en de Zwitserse Bondsstaat en de van belang zijnde bepalingen uit Vo. nr. 883/2004 en Vo. nr. 987/2009 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De commissie merkt op dat verzoeker, in het kader van het oorspronkelijk door hem ingediende verzoek, naast de kwestie van de niet of niet volledig vergoede declaraties, twee andere zaken naar voren heeft gebracht. Hierbij gaat het in de eerste plaats om de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering ten behoeve van verzoeker en zijn echtgenote met ingang van 1 oktober 2021, en de omzetting naar de aanvullende verzekering Optifit per die datum. Uit het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 24 februari 2022 blijkt dat deze beëindiging en omzetting abusievelijk zijn gebeurd en dat inmiddels de aanvullende ziektekostenverzekering voor beiden door de ziektekostenverzekeraar is hersteld. Verzoeker heeft niet toegelicht dat hij of zijn echtgenote van deze gang van zaken enig nadeel heeft ondervonden, en zo dit al het geval zou zijn, waaruit dit nadeel dan bestaat. De commissie concludeert daarom dat dit punt geen verdere bespreking behoeft.
- 8.3. Voorts heeft verzoeker aandacht gevraagd voor het feit dat hij graag digitaal wenst te communiceren. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat inloggen in de 'Mijn-omgeving' met DigiD niet mogelijk is als iemand in het buitenland woont en dat ook zijn voorkeur uitgaat naar digitale communicatie. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op de mogelijkheid om via een door hem opgegeven e-mailadres te communiceren. De commissie stelt vast dat partijen aldus digitaal kunnen communiceren. Zij tekent hierbij nog aan dat in de situatie van verzoeker en zijn echtgenote de 'Mijn-omgeving' maar een beperkt beeld geeft van de gedeclareerde en afgehandelde kosten, aangezien zij als - zoals dat in het jargon heet - 'grensarbeiders' na inschrijving ook zorgkosten kunnen declareren bij het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering in hun woonland. Op die mogelijkheid wordt in het vervolg nog nader ingegaan. De commissie laat het punt van de digitale communicatie, gelet op het voorgaande, verder rusten. Waar het gaat om de afwikkeling van de door verzoeker en zijn gezinsleden ingediende declaraties overweegt de commissie als volgt.

Verzoeker en zijn echtgenote

- 8.4. Ter zitting heeft verzoeker verklaard ook een uitspraak van de commissie te willen over de vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden is ervoor te zorgen dat zorgdeclaraties worden afgehandeld volgens het zorgstelsel van zijn woonland. Verzoeker en zijn echtgenote zijn

werkzaam in Nederland en woonachtig in Zwitserland. De SVB heeft beoordeeld dat beiden verzekeringsplichtig zijn voor de Wlz en de Zvw, zodat op grond van het in dit kader tussen de EU en de Zwitserse Bondsstaat gesloten verdrag in combinatie met Vo. nr. 883/2004 Nederland als de bevoegde staat is te beschouwen. In artikel 17 van deze verordening is bepaald dat een verzekerde en zijn gezinsleden die in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat wonen, in de lidstaat van hun woonplaats recht hebben op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de woonplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof zij krachtens die wetgeving verzekerd waren. Door de ziektekostenverzekeraar zijn hiertoe een of meer S1-formulieren afgegeven. Verzoeker en zijn echtgenote hebben hiermee de mogelijkheid om zich aan te melden bij het uitvoeringsorgaan van hun woonplaats. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker en zijn echtgenote hierover reeds geïnformeerd in zijn e-mailbericht van 21 september 2021. Een en ander is conform artikel 24 van Vo. nr. 987/2009, waarin is bepaald dat voor de toepassing van artikel 17 van de basisverordening (Vo. nr. 883/2004) de verzekerde en/of zijn gezinsleden verplicht zijn zich te laten inschrijven bij het orgaan van de woonplaats. Hun recht op verstrekkingen in de lidstaat van de woonplaats - in dit geval niet een EU-lidstaat maar Zwitserland - blijkt uit een verklaring die door het bevoegde orgaan (de ziektekostenverzekeraar) op verzoek van de verzekerde of op verzoek van het orgaan van de woonplaats is verstrekt. Hiermee wordt bedoeld op eerder genoemde S1-formulieren. De commissie stelt voorop dat het aan verzoeker en zijn echtgenote is zich in te schrijven bij het plaatselijke uitvoeringsorgaan. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard verzoeker en zijn echtgenote hierbij te willen helpen. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 22 september 2023 valt op te maken dat het tot nu toe niet is gelukt de problemen rond de inschrijving op te lossen. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar niet verplicht is de inschrijving in Zwitserland te bewerkstelligen. Dit laatste is aan het lokale uitvoeringsorgaan, met inachtneming van de plaatselijke wet- en regelgeving. Afgifte van de S1-formulieren door de ziektekostenverzekeraar, teneinde voornoemde inschrijving mogelijk te maken, was onder de gegeven omstandigheden voldoende. Het staat vast dat bedoelde formulieren door de ziektekostenverzekeraar zijn verstrekt.

- 8.5. Verzoeker en zijn echtgenote hebben als 'grensarbeiders' de keuze de kosten van zorg - na inschrijving te Zwitserland - te (laten) declareren bij het Zwitserse uitvoeringsorgaan, in dat geval met inachtneming van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering, dan wel deze zelf ter declaratie in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar, op grond van de zorgverzekering. In het tweede geval gelden de Nederlandse voorwaarden, bijvoorbeeld die ten aanzien van behandelplan en voorafgaande toestemming, en de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen vergoedingen. Verzoeker heeft zich beroepen op een mededeling op de website van de ziektekostenverzekeraar over wonen in het buitenland, maar (blijven) werken in Nederland. De mededeling waarop verzoeker zich beroept luidt, voor zover hier van belang:

" Woont u in een EU-/EER- of verdragsland? Dan vergoedt de Nederlandse basisverzekering mogelijk niet alle zorg in uw woonland, of niet volledig. Bijvoorbeeld als de zorg in uw woonland duurder is dan in Nederland. Met een E106/S1-formulier:

- meldt u zich aan bij een zorgverzekeraar in het land waar u woont
- kunt u laten zien dat u bij ONVZ verzekerd bent en dat u bij ons premie betaalt
- vergoedt ONVZ de medische kosten in uw woonland volgens de regels van het zorgstelsel in dat land. Meestal betaalt u geen (extra) premie voor een zorgverzekering in het land waar u woont

Heeft u een E106/S1-formulier nodig?
Dan kunt dit formulier aanvragen via het Service Center "

Aan verzoeker kan worden toegegeven dat de tekst na de derde bullet mogelijk tot verwarring kan leiden, omdat de ziektekostenverzekeraar de kosten van zorg en andere diensten immers niet zelf rechtstreeks vergoedt volgens de regels van het zorgstelsel in het woonland; dit doet het

Zwitserse uitvoeringsorgaan, indien de kosten daar worden gedeclareerd nadat, met gebruik van een SI-formulier, aanmelding bij het desbetreffende uitvoeringsorgaan heeft plaatsgevonden. Dit uitvoeringsorgaan doet in dat geval ook de beoordeling, de ziektekostenverzekeraar heeft hiermee geen bemoeienis. Dat de bullets volgens de ziektekostenverzekeraar in samenhang moeten worden gelezen kan de commissie volgen, maar dit neemt niet weg dat de commissie van oordeel is dat de met de tekst in de derde bullet bedoelde mededeling of boodschap duidelijker zou kunnen worden opgeschreven. Dit maakt echter nog niet dat de ziektekostenverzekeraar op basis van de tekst zoals die thans luidt gehouden is de bij hem gedeclareerde nota's te vergoeden met inachtneming van de Zwitserse voorwaarden en/of op basis van de - hogere - Zwitserse tarieven. Met betrekking tot de vergoeding van deze nota's op grond van de zorgverzekering geldt het volgende.

- 8.6. Verzoeker en zijn echtgenote hebben diverse nota's bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Ten aanzien van de declaratie van 27 augustus 2021 van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat € 15,77 is vergoed. Verzoeker heeft de juistheid hiervan niet bestreden, zodat de commissie aanneemt dat dit bedrag correct is bepaald. De declaraties van de echtgenote van verzoeker van 2 november 2021, 10 november 2021 en 7 december 2021, zouden volgens de ziektekostenverzekeraar deels dubbel zijn gedeclareerd. Het is de commissie niet duidelijk hoe dit moet worden opgevat. De middelen Mebucaïne® N (cetylpyridine/lidocaïne) en Pectocalmine® N Sirup (guaifenerin) zijn niet opgenomen in de bijlage bij de Rzv en komen daarom niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. De nota's van 10 november 2021 - voor Kalcipos® (calciumcarbonaat en vitamine D3) - en van 7 december 2021 zijn alsnog (deels) vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De hoogte van de vergoeding is door verzoeker niet gemotiveerd bestreden, zodat de commissie deze voor juist houdt. De echtgenote van verzoeker heeft op 24 juni 2022 een e-mailbericht gestuurd naar de ziektekostenverzekeraar over een declaratie van € 318,61 voor onderzoek van een biopsie bij een coloscopie. De kosten zijn vergoed tot maximaal het in Nederland geldende tarief in 2021. Het Zorginstituut merkt hierover in het voorlopig advies van 4 april 2023 op dat dit niet inhoudelijk kan worden beoordeeld, omdat het dossier geen verwijsbrief en verslag van de behandeling van de darmklachten bevat. Om dezelfde reden kan, hoewel het Zorginstituut geen formeel advies over DBC's geeft, niet worden vastgesteld of de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte DBC passend is voor de geleverde zorg. De commissie sluit zich hierbij aan.

De zoon

- 8.7. Uit de stukken blijkt dat met notadatum 6 december 2021 kosten van farmaceutische zorg en geneeskundige zorg zijn gedeclareerd ten bedrage van Chf 149,25 respectievelijk Chf 102,05. In eerste instantie zijn de door verzoeker genoemde bedragen van € 18,89, € 5,63, € 47,98, € 12,35 en € 22,41 vergoed (op 6 januari 2022). Nadien zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoedingen verleend van € 19,13, € 6,59 en € 10,53, onder vermelding van de datum van 8 december 2021. Verzoeker heeft de hoogte van de uiteindelijk verleende vergoeding niet gemotiveerd bestreden, zodat de commissie ervan uitgaat dat deze correct is vastgesteld.

Dochter 1

- 8.8. Dochter 1 is woonachtig in het VK en heeft aldaar in 2021 een behandeling ondergaan. Verzoeker heeft toegelicht dat het hierbij gaat om medisch specialistische zorg en een ziekenhuisopname, verband houdend met het verwijderen van moedervlekken. Deze toelichting volstaat echter niet en om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om toezending van het behandelverslag. Hieraan is kennelijk nog geen gevolg gegeven. De commissie merkt in dit verband volledigheidshalve op dat hiertoe een verplichting van de verzekerde bestaat op grond van artikel 3, eerste lid, van Deel A, Algemene bepalingen, van de voorwaarden van de particuliere ziektekostenverzekering. Zolang deze verplichting door dochter 1 niet wordt nagekomen is vergoeding van de bedragen van € 763,05 en € 3.850,44 terecht geweigerd. De vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in de nota's betreffende het verwijderen van de moedervlekken genoemde bedragen te vergoeden, komt eerst na ontvangst van de gevraagde

informatie aan de orde. Dienaangaande is dan ook nog geen sprake van een geschil waarover de commissie kan oordelen. De nota ten bedrage van € 62,79 is afgewezen wegens het ontbreken van een verwijzing. Gesteld noch gebleken is dat een zodanige verwijzing wel voorhanden is. Deze weigering is daarom terecht.

Dochter 2

- 8.9. Dochter 2 woont in de VS en is aldaar in 2021 behandeld. Volgens verzoeker ziet de nota van € 438,17 op de behandeling van een ingegroeide teennagel en heeft de nota van € 131,99 betrekking op de behandeling van 'adult acne'. Aan de hand van de eerste nota is het voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk na te gaan tot welke vergoeding hij is gehouden. Ook in deze situatie bestaat op grond van artikel 3, eerste lid, van Deel A, Algemene bepalingen, van de voorwaarden van de particuliere ziektekostenverzekering een informatieplicht voor de verzekerde. In dat kader heeft de ziektekostenverzekeraar om toezending van een gecorrigeerde nota verzocht. Hieraan is kennelijk door dochter 2 nog geen gevolg gegeven. Dit betekent dat, gelijk bij dochter 1, vooralsnog geen sprake is van een geschil waarover de commissie kan oordelen. Voor de tweede nota geldt dat voor de behandeling van acne op grond van artikel 8, eerste lid, van Deel B, Omvang dekking, van de aanvullende verzekering ONVZ Topfit Internationaal voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist is, en dat deze ontbreekt. Vergoeding van de nota is dan ook terecht geweigerd.

Slotsom

- 8.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 november 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de 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 verslachte 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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plagen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de

Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;

c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

2. Farmaceutische zorg omvat geen:

- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.

4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.

5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Medisch specialist

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De meeste ziekenhuiszorg
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist¹. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts.

De medisch specialist werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC²) of in een eigen praktijk.

De medisch specialist doet het eerste consult meestal zelf. Die stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. En is voor u de hoofdbehandelaar. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Bijvoorbeeld een scan³ of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de hoofdbehandelaar ook een SEH-arts⁴, een verpleegkundig specialist of een physician assistant⁵ 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 zorg⁶, 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 apart vermeld:

- plastische chirurgie
- voorwaardelijk toegelaten zorg
- vruchtbaarheidsbehandelingen / ivf

Dit wordt niet vergoed

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak

Andere vergoedingen

Deze behandelingen krijgt u soms wel in het ziekenhuis, maar ze vallen niet onder de vergoeding die u nu leest:

- kaakchirurgie
- medisch-specialistische revalidatie
- gespecialiseerde ggz

De basisverzekering vergoedt de volgende zorg niet. De aanvullende verzekering soms wel:

- aanvullende diagnostiek bij borstkanker
- sterilisatie of een hersteloperatie daarvan

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 Uitleg over MRI vindt u op: www.onvz.nl/vergoedingen/uitleg-mri

⁴ Spoedeisende hulp arts

⁵ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven.

Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

⁶ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor zorg van de medisch specialist geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de medisch specialist 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, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist¹ zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg² is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg³ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming⁴ 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 alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland. Neemt u daarom vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Bij Superfit en Wereldfit moet u voor niet-spoedeisende zorg contact opnemen met onze ZorgConsulent en voor spoedeisende zorg met onze alarmcentrale Zorgassistance.

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of de voorgestelde behandeling? De basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere medisch specialist.

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

¹ Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns acute zorg

² Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

³ Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

⁴ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Ziekenhuisopname

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Max. 3 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort
Zorgplan	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort

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 specialist¹ of de kaakchirurg² 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 zorg³
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

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

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (ZBC⁴)
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

Andere vergoedingen

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

- gespecialiseerde ggz
- eerstelijns verblijf
- medisch-specialistische revalidatie
- geriatrische revalidatie
- zintuiglijk gehandicaptenzorg

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

³ Fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

⁴ Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, 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, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist¹ zijn. Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg² is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg³ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming⁴ 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 opname alleen bij verzekerde zorg

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

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen 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.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland. Gaat u naar het buitenland voor een ziekenhuisopname? Neemt u vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Bij Superfit en Wereldfit moet u vooraf contact opnemen met onze ZorgConsulent.

¹ Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg

² Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

³ Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

⁴ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Geneesmiddelen basisverzekering

Krijg ik mijn medicijnen vergoed?

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, soms betaalt u een wettelijke eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Optifit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Topfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Superfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt op recept geleverde geneesmiddelen en de diensten van de apotheek die daarbij horen. Soms betaalt u een eigen bijdrage. Hieronder zetten we alles op een rij.

De basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. De door de overheid aangewezen geneesmiddelen die in bijlage 1¹ van de Regeling zorgverzekering staan. Bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen vallen hieronder.
2. Geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of bij een andere apotheek laat maken ('doorgeleverde bereidingen'²). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed. Behalve als in de Regeling zorgverzekering staat dat het wel mag.
3. Geneesmiddelen zonder handelsvergunning in Nederland, die met toestemming van de overheid in Nederland worden gemaakt of uit het buitenland worden gehaald. Uw arts vraagt dit speciaal voor u aan als u een zeldzame ziekte heeft.
4. Bij een tijdelijk tekort aan een geneesmiddel van nummer 1: een vervangend geneesmiddel uit het buitenland.

De vergoedingen bij 2, 3 en 4 gelden alleen voor rationale farmacotherapie. Dat betekent dat we uit onderzoek weten dat het geneesmiddel goed werkt en dat de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) voor u geschikt is. Ook mag het middel niet onnodig duur zijn.

Sommige geneesmiddelen vergoedt de basisverzekering alleen als u aan bepaalde voorwaarden voldoet. Bijvoorbeeld dat u een bepaalde aandoening heeft. Die geneesmiddelen en de voorwaarden staan in bijlage 2¹ van de Regeling zorgverzekering.

Hoe zit het met mijn geneesmiddel?

Weet u de werkzame stof of de merknaam van uw geneesmiddel? Op medicijnkosten.nl ziet u snel of de basisverzekering het geneesmiddel vergoedt en met welke voorwaarden. Ook staat daar wat de maximale vergoeding is en of er een eigen bijdrage geldt.

¹ Deze vindt u op wetten.overheid.nl

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

En de eigen bijdrage?

De overheid bepaalt per groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, hoeveel wij maximaal mogen vergoeden. Als u een duurder middel kiest, moet u bijbetalen. Dit is de wettelijke eigen bijdrage. U betaalt nooit meer dan € 250 per jaar aan wettelijke eigen bijdragen voor geneesmiddelen. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden de wettelijke eigen bijdragen tot een maximaal bedrag per kalenderjaar. Daarvoor geldt de vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering.

Mag ik mijn geneesmiddel zelf kiezen?

Uw geneesmiddel mag niet onnodig duur zijn. Daarom geeft de apotheker u meestal een merkloos geneesmiddel mee. Een merkgeneesmiddel vergoeden wij als er geen merkloze variant bestaat of als het merkgeneesmiddel medisch gezien voor u nodig is. Is die medische noodzaak er niet, maar wilt u toch een merkgeneesmiddel? Dan vergoeden wij de laagste prijs van het merkloze geneesmiddel. De rest moet u zelf betalen.

Hier kunt u terecht

- apothek
- apothekhoudende huisarts

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

- dieetpreparaten
- voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen
- middelen voor anticonceptie

Dit vergoedt de basisverzekering niet

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die volgens de wet beschikbaar zijn voor bepaalde schrijvende gevallen
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers, als u deze niet chronisch moet gebruiken

Andere vergoedingen

De basisverzekering vergoedt de volgende middelen niet. Uw aanvullende verzekering soms wel:

- vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor uw (vakantie)reis
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen¹

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor geneesmiddelen uit de basisverzekering geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt ook als de basisverzekering uw wettelijke eigen bijdragen boven € 250 vergoedt.

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de wettelijke eigen bijdragen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben voor het geneesmiddel

Wij vergoeden geneesmiddelen alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant².

Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ 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.

Soms krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

¹ Zie hiervoor de vergoeding Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg

² De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

³ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Woont u in een Wlz-instelling? Dan regelt die vaak uw geneesmiddelen

Als u ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen geneesmiddelen daarbij.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepil
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 150 voor eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen en verbandmiddelen Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 300 voor geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 1.500 voor geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
Superfit	100% geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waaronder max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar

Wat u vergoed krijgt

De **basisverzekering** vergoedt de meeste geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. Daarvoor geldt de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. Soms betaalt u een eigen bijdrage.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden:

- de wettelijke eigen bijdragen
- geregistreerde geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt
- de terhandstelling en het begeleidingsgesprek van de apotheek¹ van deze geneesmiddelen
- verbandmiddelen als u bij een arts onder behandeling bent voor een huidaandoening of wond, als ze niet onder de vergoeding Verbandmiddelen vallen

Optifit en hoger vergoeden ook nog:

- melatonine van 0,3 mg of meer per eenheid

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/kosten-apotheekzorg

Benfit, Optifit en Topfit vergoeden per kalenderjaar maximaal het bedrag hierboven. Superfit vergoedt de zorg volledig. Van deze vergoedingen mag u maximaal € 250 gebruiken voor wettelijke eigen bijdragen.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- geneesmiddelen en eigen bijdragen waarvoor een terugbetalingsregeling¹ van de fabrikant geldt
- geneesmiddelen tegen een erectieprobleem
- geneesmiddelen tegen kaalheid
- geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandelingen

Andere vergoedingen

Voor sommige geneesmiddelen gelden (ook) andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- homeopathische of antroposofische geneesmiddelen²
- vaccinaties en preventieve middelen voor uw (vakantie)reis
- middelen voor anticonceptie
- geneesmiddelen basisverzekering

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor geneesmiddelen uit de aanvullende verzekering geldt geen eigen risico.

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen vergoeden die eigen bijdrage, volgens de vergoeding die u nu leest. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de wettelijke eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben van een arts of andere voorschrijver

Wij vergoeden geneesmiddelen, verbandmiddelen en melatonine alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant³.

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.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepil
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

Soms krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

¹ Van bepaalde geneesmiddelen kunt u de kosten of uw wettelijke eigen bijdrage bij de fabrikant terugvragen. Wij vergoeden die dan niet. Ook niet als de fabrikant bepaalt dat u eerst bij ons om vergoeding moet vragen. Meer informatie staat op terugbetaalregeling.nl en hevoconsult.nl

² Zie hiervoor de vergoeding Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg

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

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3

- lid 1 U bent verplicht:
1. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname of behandeling bekend te maken aan de medisch adviseur, als deze daarom vraagt, met inachtneming van de privacyregelgeving;
 2. aan ONVZ, de medisch adviseur of degene belast met de controle, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving;
 3. ONVZ kosteloos behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde of een (reis)verzekeraar en bij regeling van de eigen (letsel)schade rechten van ONVZ niet te benadelen;
 4. per verzekerde het declaratieformulier duidelijk gespecificeerd naar ziekte/aandoening en behandeling in te vullen, met als bijlagen de betreffende nota's;
 5. bij geneesmiddelen per geneesmiddel aan te geven:
 - voor welke ziekte/aandoening het geneesmiddel is voorgeschreven,
 - hoeveel stuks en hoeveel mg of ml,
 - de gebruiksfrequentie van het geneesmiddel;
 6. nota's voor opname in een ziekenhuis, ggz-instelling of revalidatie-instelling te voorzien van:
 - de diagnose van de behandelend arts,
 - het behandel- of operatieverslag.

Desgewenst kunt u de medische gegevens insturen ter attentie van de medisch adviseur van ONVZ.

- lid 2 U moet de originele nota's binnen 36 maanden na de behandel- of leveringsdatum indienen bij ONVZ. U kunt nota's het beste zo snel mogelijk na ontvangst indienen in verband met eventueel te verrekenen eigen risico of eigen bijdragen.

De nota moet de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal hebben. De nota moet ook zo zijn opgesteld dat ONVZ deze zonder verdere navraag kan afwickelen. Als de nota in een andere taal dan de genoemde talen is opgesteld kan ONVZ vragen om vertaling – eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau – op uw kosten.

- lid 3 Als ONVZ een declaratie in behandeling neemt op basis van een (duidelijke) afbeelding van de originele nota – bijvoorbeeld een scan, foto of fax – dan moet u de originele nota een jaar lang bewaren. Deze termijn gaat in op het moment van het indienen van de declaratie. ONVZ kan het origineel tijdens deze termijn bij u opvragen.

- lid 4 Het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de betreffende kosten of tot vertraging in de behandeling van de betreffende nota('s).

Overige bepalingen

Artikel 4 **Fraude**

- lid 1 Onder fraude verstaat ONVZ: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering bij de totstandkoming en/of uitvoering van de verzekering, met als doel het krijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of het verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendselen. Fraude kan bijvoorbeeld bestaan uit het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, het indienen van vervalste of misleidende stukken, het doen van een onware opgave over een ingediende declaratie of het verzwijgen van feiten die voor de beoordeling van de declaratie van belang zijn.

- lid 2 Bij een vermoeden van fraude kan ONVZ onderzoek doen. ONVZ voert dit onderzoek uit volgens het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit. Dit protocol kunt u raadplegen op www.onvz.nl of aanvragen bij het ONVZ Service Center.

Artikel 4 Medisch-specialistische zorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Een medisch specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is noodzakelijk dat u voor aanvang van de zorg een verwijzing heeft van een huisarts, jeugdarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen.
- Gaat het om behandelingen vermeld op de lijst *Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg 2021* dan vergoedt ONVZ de kosten van zorg alleen als zij voor aanvang van de zorg toestemming heeft gegeven. U kunt deze lijst raadplegen op www.onvz.nl of aanvragen bij het ONVZ Service Center. In Nederland kan uw zorgverlener doorgaans deze toestemming voor u aanvragen.
- lid 2
- a. Ziekenhuisopname**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- ONVZ vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten tijdens de opname van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch specialist of elders. ONVZ vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling. Daarnaast vergoedt ONVZ de kosten van de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard**
De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van:
1. afwijkingen van 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 als dit een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 4. de volgende aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.
- d. In-vitrofertilisatie (ivf)**
Voor ivf bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de 1e, 2e en 3e poging per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar.
- Als u bij aanvang van de 1e of 2e ivf-poging jonger bent dan 38 jaar, vergoedt ONVZ de kosten alleen als niet meer dan één embryo wordt teruggeplaatst.
- Een ivf-poging houdt in:
1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in uw lichaam;
 2. de follikelpunctie;
 3. de laboratoriumfase;
 4. het 1 of meer keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.
- Bijzonderheden:
1. Een icsi (intracytoplasmatische sperma-injectie)-behandeling met een ivf-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, wordt gelijk gesteld aan een ivf-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie;
 2. De aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen, verband houdend met de 1e, 2e en 3e poging ivf maakt onderdeel uit van artikel 4 Medisch-specialistische zorg- en niet van artikel 17 Farmaceutische zorg;

3. Van een poging is sprake bij een geslaagde follikelpunctie. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang geen sprake is van een doorgaande zwangerschap;
 4. Van een doorgaande zwangerschap is sprake bij een levende embryo van ten minste 12 weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een fysiologische zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij ivf betekent dat 10 weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee 4 dagen korter, dus in totaal 9 weken en 3 dagen;
 5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na een ivf – geldt als nieuwe 1e poging.
- lid 3 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:
1. abdominoplastiek (buikwandcorrectie), tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 2. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een – gehele of gedeeltelijke – borstamputatie en bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transsexualiteit (man-vrouw transgenders);
 3. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 4. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek (reconstructie van de huid);
 5. behandelingen gericht op sterilisatie (zowel man als vrouw);
 6. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie (zowel man als vrouw);
- lid 4 Voor vergoeding van kosten voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geldt niet dit artikel, maar artikel 21. Als geestelijke gezondheidszorg echter noodzakelijk is als onderdeel van de integrale behandeling door een medisch specialist, dan worden de kosten niet apart vergoed volgens de artikelen 20 en 21, maar vallen ze onder het DBC-zorgproduct van de medisch-specialistische zorg.
- lid 5 De aanspraak voor mondzorg door de kaakchirurg is omschreven in artikel 16.

Artikel 5 Medisch-specialistische verpleegkundige zorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. ONVZ vergoedt deze kosten als de verpleegkundige zorg medisch noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, aansluitend op, of in plaats van, opname in een ziekenhuis. Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist verleent de zorg. De zorg omvat niet: verpleegkundige zorg die gepaard gaat met verblijf.
- lid 2 Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als ONVZ voor aanvang van de zorg toestemming heeft gegeven. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan van de medisch specialist te worden ingediend. In dit behandelplan is de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking vermeld, de bij de behandeling te betrekken disciplines en de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.
- lid 3 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van persoonlijke verzorging, thuisbeademing, palliatieve terminale zorg, intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening, casemanagement en preventie.

Artikel 6 Geboortezorg

- Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de hierna genoemde kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
- lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis vergoedt ONVZ:
- de kosten van ziekenhuisopname volgens artikel 4, lid 2a;
 - de kosten van verloskundige en andere medisch-specialistische zorg, alsmede de bijkomende kosten.

Artikel 6 Vaccinaties

ONVZ vergoedt de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningococcon en rabiës en van profylactische middelen ter voorkoming van malaria bij een reis vanuit uw woonland naar het buitenland, tot maximaal € 100 per kalenderjaar.

Artikel 7 Eigen bijdragen hulpmiddelen

ONVZ vergoedt tot maximaal € 500 per kalenderjaar de eigen bijdragen volgens het *Reglement Hulpmiddelen* van ONVZ.

ONVZ vergoedt tot maximaal € 150 per kalenderjaar de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding volgens de ONVZ Basisfit Internationaal wordt overschreden.

Het reglement kunt u raadplegen op www.onvz.nl of aanvragen bij het ONVZ Service Center.

Artikel 8 Overige hulpmiddelen

- lid 1 **Brillen/contactlenzen/geïmplanteerde lenzen/ooglaseren**
ONVZ vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur of versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking of ooglaserbehandeling tezamen tot maximaal € 175 per 2 opeenvolgende kalenderjaren. Bij een vergoeding wordt afgetrokken wat is vergoed in het vorige kalenderjaar. Voor de maximale vergoeding in dit jaar telt de vergoeding in het vorige kalenderjaar mee. Wij vergoeden dus nooit meer dan de maximale vergoeding min de vergoeding in het vorige jaar.
- lid 2 **Bewakingsapparatuur wiegendood**
ONVZ vergoedt de kosten van huur of bruikleen van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, op verwijzing van de behandelend arts en als ONVZ toestemming vooraf heeft verleend. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
- lid 3 **Rolstoelen/invalidenwagens**
ONVZ vergoedt de kosten van bruikleen van niet-(elektro)motorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking volgens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 4 **Steunzolen**
ONVZ vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts als een orthopedisch schoentehnicus de steunzolen levert.
- lid 5 **Verpleegartikelen**
ONVZ vergoedt de kosten van huur van verpleegartikelen. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking volgens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 6 **Plaswekker**
ONVZ vergoedt de kosten van huur of van aanschaf van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes) tot maximaal € 85 voor de gehele looptijd van de verzekering, op voorschrift van de behandelend arts.

Artikel 9 Bijzondere behandelingen/therapieën

- lid 1 **Acnebehandeling**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend dermatoloog (huidarts). Vergoeding vindt alleen plaats als ONVZ vooraf toestemming heeft verleend.