

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202401318

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft in een telefoongesprek op 28 augustus 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 september 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Op 28 oktober 2024 heeft verzoekster een e-mailbericht aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 30 oktober 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Op 4 november 2024 heeft verzoekster een e-mailbericht en een brief aan de commissie gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 4 november 2024 respectievelijk 5 november 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Op 7 november 2024 heeft verzoekster opnieuw een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 13 november 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.3. Bij brief van 8 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 november 2024 aan verzoekster gestuurd. Op 19 november 2024 heeft verzoekster een e-mailbericht aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 20 november 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 17 december 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024041439) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 december 2024 aan partijen gezonden.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 februari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 10 februari 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 17 december 2024 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie een vraag gesteld. Op 12 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 18 februari 2025 ter kennisname aan verzoekster gezonden. Bij brief van 27 februari 2025 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 27 februari 2025, aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen. Bij e-mailberichten van 5 respectievelijk 10 maart 2025 heeft verzoekster gereageerd. Kopieën hiervan zijn op 24 maart 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit, ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit module B (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd voor het plaatsen van Symbios Origin® knieprothesen in Antwerpen, België. Aansluitend heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster om aanvullende informatie gevraagd. Hierop heeft verzoekster gereageerd. Op 1 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals om aanvullende informatie verzocht. In reactie hierop heeft verzoekster aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 9 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt. Bij e-mailbericht van 13 februari 2024 heeft verzoekster hierop gereageerd. Bij e-mailbericht van 16 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij wel toestemming verleent voor het plaatsen van Persona® knieprothesen van Zimmer Biomet. Verder heeft hij toegelicht dat de volgende kosten niet worden vergoed: (1) extra kosten van een één- of tweepersoonskamer, (2) extra kosten van het honorarium van de hoofdarts, (3) onverzekerde kosten, zoals administratiekosten, gebruik van een koelkast op de kamer, of zorg die niet voldoet aan wettelijke eisen, en (4) reis- en verblijfskosten.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing met betrekking tot de plaatsing van op maat gemaakte (de commissie begrijpt: Symbios Origin®) prothesen gevraagd. Bij e-mailbericht van 4 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. In april 2024 zijn de Symbios Origin® knieprothesen bij verzoekster geplaatst.
- 2.6. Bij brief van 17 december 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 27 februari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten die verband houden met de behandeling in Antwerpen, te weten de plaatsing van twee Symbios Origin® knieprothesen, alsmede de honorariumkosten en de kosten van reis en verblijf, volledig te vergoeden.

3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster in haar e-mailbericht van 10 juli 2024 toegelicht dat haar knieën waren versleten. De behandelend orthopeed in het ziekenhuis in Dordrecht heeft om die reden twee knieprothesen geadviseerd. Verzoekster had verschillende negatieve verhalen gehoord van personen die deze behandeling hebben laten uitvoeren in het ziekenhuis in Dordrecht. Voor ongeveer 20% van de patiënten geldt dat de behandeling opnieuw moest worden uitgevoerd of dat zij klachten bleven houden. Diverse bekenden hebben verzoekster behandeling in Antwerpen geadviseerd. Verzoekster is bekend met een patiënt die vergoeding heeft gekregen voor die behandeling. Uiteindelijk heeft zij besloten de behandeling daar te laten uitvoeren.

Verzoekster was in de veronderstelling dat de kosten hiervan door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed. Zij heeft gekozen voor knieprothesen op maat. Verzoekster wilde niet het risico lopen dat zij de laatste jaren van haar leven problemen met haar knieën zou hebben.

3.3. Verder heeft verzoekster verschillende krantenartikelen overgelegd over de vergoeding van geneesmiddelen uit het buitenland. In een van deze krantenartikelen wordt melding gemaakt van een uitspraak van de Europese Commissie dat de Nederlandse overheid tweemaal op de vingers is getikt. Door de hoogte van de vergoeding voor zorg in het buitenland wordt grensoverschrijdende gezondheidszorg namelijk ten onrechte beperkt.

3.4. Ter zitting heeft verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar geen uitspraak kan doen over de vraag of de knieprothese van Symbios voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, omdat hij deze prothese niet kent. Artsen zijn positief over de betreffende knieprothese van Symbios. Zij vinden dit, net zoals de heupprothese van Symbios, een topproduct. Het probleem is dat de knieprothese van Symbios geen ODEP-registratie heeft. De ODEP-registratie komt van de National Health Services in het Verenigd Koninkrijk. Deze organisatie geeft een kwaliteitsstempel af. Er zou een vergelijkbare registratie moeten komen op het continent of in België of Duitsland. Het is begrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar een hulpmiddel niet kan vergoeden zonder controle. De stelling dat de Symbios knieprothese niet van voldoende kwaliteit is, gaat echter te ver. In West-Europa zijn er honderd knieprothesen van Symbios geplaatst.

Verzoekster heeft problemen met artrose en haar knieën zijn versleten. Er is gekozen voor een op maat gemaakte knieprothese die zorgt voor een zo natuurlijk mogelijk postoperatief gevoel. Het is niet de bedoeling dat verzoekster op 76-jarige leeftijd problemen krijgt. Er is daarom gekozen voor kwaliteit. België heeft een goed zorgsysteem. De arts in België heeft het vertrouwen van verzoekster gewonnen. Hij vertelde haar dat zij met een rollator het ziekenhuis uit kon lopen. Verzoekster heeft ook contact opgenomen met diverse ziekenhuizen in Nederland om te vragen of er werd gewerkt met 3D-scans en knieprothesen op maat, maar dit bleek niet het geval.

Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat zij ervan uitging dat de zorg verzekerd was en dat de kosten zouden worden vergoed. Zij heeft er ook aan gedacht om de kosten eventueel zelf te betalen.

Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de richtlijnen en conclusies waarop de ziektekostenverzekeraar zich beroept, zijn gebaseerd op Nederlandse standpunten. Nederland wordt echter ingehaald door Europese regelgeving. Op grond van de Richtlijn

2011/24/EU (hierna: Patiëntenrichtlijn) mogen patiënten zich in een andere EU-lidstaat laten behandelen. Verzoekster heeft in dit verband gewezen op hetgeen is beschreven onder 53 in de Patiëntenrichtlijn. De Symbios knieprothese is een hulpmiddel dat in België wettelijk in de handel is gebracht. De Nederlandse minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is reeds een aantal keer tot de orde geroepen omdat Nederland zich niet aan de geldende regels houdt. De afwijzing van de ziektekostenverzekeraar is door verzoekster met de Belgische arts gedeeld. De arts heeft haar uitgelegd dat ook een andere prothese kon worden geplaatst, die wel beschikt over de juiste kwalificaties. Hiervoor is evenwel niet gekozen. Er is gekozen voor kwaliteit en de 3D-techniek. Die andere behandeling was misschien ook van kwaliteit, maar de Symbios knieprothese heeft een topaansluiting op de knie. Die hoeft niet te worden aangepast. De Belgische arts was ook verbaasd over de afwijzing.

Verder heeft verzoekster opgemerkt dat er contact is geweest met de vertegenwoordiger van de fabriek over operaties met deze prothese die op Aruba zijn uitgevoerd. Ook hij is lovend over de kwaliteit. De prothese van Symbios geeft een sneller herstel en biedt meer bewegingsvrijheid. In dit verband wordt verwezen naar de informatie over de ervaringen op Aruba waarvan de link is opgenomen in de brief van 2 april 2024.

- 3.5. Bij e-mailbericht van 5 maart 2025 heeft verzoekster gesteld dat uit het literatuuronderzoek kan worden geconcludeerd dat de producent van de Symbios Origin® knieprothesen zijn best doet om verbeteringen tot stand te brengen. De uitkomsten geven reden om de ontwikkelingen in dezen te volgen. Het feit dat de artsen in het ziekenhuis waar verzoekster de behandeling heeft ondergaan, en ook andere ziekenhuizen in onder andere België, deze prothesen volop gebruiken, bewijst dat men op de juiste weg is met de 3D-techniek prothesen op maat te maken. Het behalen van de ODEP-ranking wordt mogelijk bemoeilijkt door de National Health Services. Dit kan daarom beter op het continent van Europa worden bewerkstelligd. Hierdoor is de prijs hoger en gaat deze techniek aan patiënten voorbij. Verder heeft verzoekster nogmaals een beroep gedaan op de Patiëntenrichtlijn en de Verordening (EG) nr. 883/2004. Ook heeft zij verwezen naar de voorgenomen wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet in het licht van het EU-recht van 28 september 2020. Artikel 7 van eerdergenoemde Patiëntenrichtlijn bepaalt dat een verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van de zorg die hij in een andere lidstaat heeft ontvangen. Deze vergoeding is zo hoog als de vergoeding die ontvangen zou zijn indien de behandeling op het eigen grondgebied zou zijn verleend.

Verzoekster heeft opgemerkt dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft gezegd dat zij zich aan de richtlijnen en verordeningen van het Europese Parlement en de Raad zou houden.

- 3.6. Bij e-mailbericht van 10 maart 2025 heeft verzoekster aangevoerd dat vergoeding van de kosten van de behandeling in België haar op grond van het gelijkheidsbeginsel niet kan worden geweigerd. Het weigeren van vergoeding is ook niet moreel. Zij heeft in dit verband toegelicht dat zij een oudere vrouw is zonder pensioen (exclusief AOW). Haar echtgenoot is al dertien jaar gepensioneerd en is sindsdien ca. 35% van zijn koopkracht kwijtgeraakt, omdat geen inflatiecorrectie wordt toegepast. Door het niet vergoeden van de kosten van de behandeling in België wordt op verzoekster en haar echtgenoot financieel een aanslag gepleegd. Als de behandeling in Nederland zou zijn uitgevoerd, had dit ook geld gekost. Echter, vanwege de vele klachten in Nederland is gekozen voor behandeling in België. Door de inzet van de Symbios Origin® knieprothesen kunnen kosten worden bespaard. Patiënten die op een andere manier zijn behandeld, moeten namelijk soms terugkomen en opnieuw worden geopereerd. De Symbios Origin® knieprothesen worden in België erkend en toegepast. Dit product is daar, als gezegd, wettelijk in de handel gebracht en behoort derhalve vergoed te worden volgens de Patiëntenrichtlijn en Verordening (EG) nr. 883/2004.

De Belgische orthopedische beroepsgroep staat hoog aangeschreven en behoort niet door het Zorginstituut of de ziektekostenverzekeraar in de ban te worden gedaan als zijnde kamikaze piloten. Uit het feit dat de Symbios Origin® knieprothesen door de Belgische artsen worden ingezet, blijkt dat het een kwalitatief hoogstaand product betreft.

Tot slot heeft verzoekster opgemerkt dat de producent Symbios heupprothesen op de markt brengt die wel een ODEP-registratie hebben. Het is een kwestie van tijd dat ook de knieprotheses een dergelijke registratie hebben.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de gemaakte kosten. Hij heeft hiertoe in zijn e-mailberichten van 9 februari 2024 en 4 maart 2024 aangevoerd dat zorg kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering als (a) de zorg naar inhoud en omvang voldoende effectief en bewezen is en (b) een verzekerde hierop naar inhoud en omvang in redelijkheid is aangewezen. De Symbios Origin® knieprothese voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat de zorg naar inhoud en omvang niet voldoende effectief en bewezen is. De desbetreffende knieprothese beschikt niet over een ODEP-registratie, maar enkel over een "Pre-entry A"-classificatie. In overeenstemming met de adviezen van de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) kunnen implantaten met een "Pre-entry"-classificatie uitsluitend worden geplaatst in het kader van onderzoek. Dit type knieprothese voldoet hiermee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een behandeling waarbij gebruik wordt gemaakt van een knieprothese met een ODEP-rating anders dan 5A, 5A*, 7A, 7A*, 10A of 10A* komt niet voor vergoeding in aanmerking.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat zorg soms wordt ingezet als onderdeel van een internationaal onderzoek, maar dat vergoeding vanuit de zorgverzekering dan niet mogelijk is. Die vergoeding is voorbehouden aan het ziekenhuis of de instelling waar de zorg plaatsvindt.

De ziektekostenverzekeraar heeft wel toestemming verleend voor het plaatsen van Persona® knieprothesen van Zimmer Biomet.

- 4.2. In zijn brief van 8 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat tevens geen dekking bestaat voor de gemaakte reis- en verblijfskosten.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de keuze voor kwaliteit respecteert. Het is begrijpelijk dat verzoekster de beste zorg wil. De ziektekostenverzekeraar is echter gebonden aan de door de wetgever gestelde voorwaarden. Een van die voorwaarden is dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit houdt in dat zorg, op basis van wetenschappelijk bewijs, bewezen effectief en veilig moet zijn. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat het wetenschappelijk bewijs voor deze prothese er nog niet is. Dit blijkt ook uit het advies dat het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht. Op basis van het bewijs en de geldende richtlijnen kan niet worden geconcludeerd dat de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk is niet beperkt tot wetenschap die in Nederland beschikbaar is. Het gaat om de internationale wetenschap.

De Europese richtlijn is niet bedoeld om de dekking van de zorgverzekering uit te breiden. Vergoeding van grensoverschrijdende zorg is mogelijk, maar dan moet het nog steeds gaan om zorg die in Nederland voor vergoeding in aanmerking komt en daarvan is in dit geval geen sprake.

Ten aanzien van hetgeen is beschreven onder 53 in Richtlijn 2011/24/EU (Patiëntenrichtlijn) heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat deze passage specifiek gaat over recepten of voorschriften. Hiervoor geldt dat recepten of voorschriften die in een andere lidstaat zijn afgegeven in Nederland moeten worden geaccepteerd. Een Nederlandse apotheek mag een Duits recept dus niet weigeren omdat het niet door een Nederlandse arts is voorgeschreven. Dit is echter niet relevant voor de vraag of de kosten van de behandeling van verzoekster in België moeten worden vergoed.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 17 december 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Centraal in dit geschil staat of het plaatsen van een Origin totale knieprothese voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Advies NOV

De NOV heeft recentelijk een advies uitgebracht met betrekking tot de classificatie van orthopedische implantaten. Hierin wordt gebruik gemaakt van de Engelse ODEP registratie om te bepalen of een prothese bewezen effectief en veilig is, waarbij de prothese minimaal 5 jaar een bewezen goed resultaat heeft bereikt.

In het advies van de NOV is opgenomen dat bij het plaatsen van een totale knieprothese de prothese moet beschikken over een ODEP-rating van 5A of hoger.

De NOV verklaart in haar ongedateerde mail [aan] verzoekster dat een rating van 5A of hoger inhoudt dat onderzoek heeft aangetoond dat de prothese van goede kwaliteit is. Als een prothese geen ODEP-rating van 5A of hoger heeft, dan adviseert de NOV om de prothese alleen te plaatsen in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

Beoordeling

Op de website van de ODEP staat dat de Origin totale knieprothese niet beschikt over een ODEP- rating van 5A of hoger. De Origin totale knieprothese heeft de ODEP 'Pre-entry A-classificatie'. Dit betekent dat (nog) niet is aangetoond dat de prothese een bewezen goed resultaat heeft behaald, en dat deze prothese enkel geplaatst mag worden in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Dit laatste is bij verzoekster niet het geval. Gelet op het advies van de NOV voldoet de Origin totale knieprothese niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het plaatsen van de Origin totale knieprothese is derhalve geen verzekerde prestatie en komt niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Nu het plaatsen van de Origin-knieprothesen geen verzekerde zorg is, komen de hiermee samenhangende verblijfskosten, vervoerskosten en honorariumkosten, ook niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Het plaatsen van een Origin totale knieprothese voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. De hiermee samenhangende verblijfskosten, vervoerskosten en honorariumkosten komen hierdoor ook niet voor vergoeding voor aanmerking.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het plaatsen van Origin totale knieprothesen maakt geen onderdeel uit van het basispakket. De hiermee samenhangende verblijfskosten, vervoerskosten en honorariumkosten komen derhalve ook niet voor vergoeding voor aanmerking ten laste van de basisverzekering."

- 5.2. In het definitief advies van 27 februari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting ontvangen.

U verzoekt het Zorginstituut in te gaan op het standpunt van verzoekster dat de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster vraagt aandacht voor de link genoemd in de brief van 2 april 2024, waarin een artikel van een Arubaanse nieuwssite is opgenomen. In het artikel uit 2023 wordt melding gemaakt van de geslaagde plaatsing van een Origin totale knieprothese bij drie patiënten in Aruba.

Verder vraagt u het Zorginstituut in te gaan op de vraag of onderzoek is gedaan naar beschikbare literatuur voor de specifieke prothese in verband met de vraag of de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.

Literatuuronderzoek

Het advies in onderhavig geschil is onderbouwd met de Engelse ODEP (Orthopedic Data Evaluation Panel). De ODEP-ranking is gebaseerd op de effectiviteit en veiligheid van medische implantaten.

Een onafhankelijk panel van experts beoordeelt de beschikbare literatuur, vaak aangeleverd door de implantaatfabrikant, op prestatie van implantaat. De in dit geschil besproken Origin totale knieprothese heeft op dit moment de classificatie 'pre-entry A'. Dit houdt in dat er nog onvoldoende (internationaal) wetenschappelijk bewijs is van de effectiviteit en veiligheid van deze specifieke totale knieprothese. Een aanvullende zoekstrategie werd bij het uitbrengen van het voorlopig advies derhalve niet opportuun geacht.*

Naar aanleiding van uw vraag heeft het Zorginstituut voor de volledigheid alsnog een literatuursearch gedaan op 15 februari 2025. De search leverde vijf wetenschappelijke artikelen op.

Het conference abstract (samenvatting van een studie op een wetenschappelijk congres, geen volledige publicatie) uit 2018 van Moser is geen onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van de Origin totale knieprothese. Bij 25 patiënten werd onderzocht welke hoek in het heupbeen het meest relevant is om een goede positie van de totale knieprothese te bewerkstelligen. Hierbij werd de 3D planningssoftware van Symbios gebruikt. De Origin totale knieprothese werd niet genoemd in dit abstract. Deze studie was dus niet bruikbaar voor ons doel.

Moret (2021) onderzocht in een niet-gecontroleerde prospectieve studie bij 25 patiënten de 1-jaars resultaten van plaatsing van de Origin totale knieprothese. Uitkomsten werden objectief gemeten met KSS (knee society score) en de OOS (osteoarthritis outcome score), en met enkele subjectieve scores zoals kwaliteit van leven. Er traden statistisch significante verbeteringen op na 12 maanden zowel in de objectieve als in de patiëntgebonden uitkomsten. Na één jaar was 88% van de patiënten tevreden. Er traden geen complicaties op. De conclusie was dat de Origin totale knieprothese een veilige en bruikbare optie is met goede klinische uitkomsten tenminste op korte termijn (één jaar follow-up).

Kägi (conference abstract 2022) onderzocht in een niet-gecontroleerde prospectieve studie de resultaten van plaatsing van de Origin totale knieprothese in 94 knieën bij een groep van 89 patiënten. De uitkomsten waren de KSS, radiologische uitkomsten en complicaties. De gemiddelde follow-up tijd was 14 +/- zes maanden. De KSS score verbeterde statistisch significant. In 50 knieën (53%) werd een verkeerde positie van de knieschijf gemeld, en in zeven knieën (7,5%) een ongewenste X-benen of O-benen stand. Bij 22 totale knieprothesen (23%) werd geconstateerd dat de prothese groter was dan het oppervlak van het heupbeen of de kuitbeen. Bij zeven knieën (7,4%) werd stijfheid gerapporteerd, die onder narcose moest worden gemobiliseerd. Bij de laatste controle moesten negen knieën (10%) opnieuw worden geopereerd (infectie, pijn, instabiliteit, knieschijffractuur). Concluderend trad een onverwacht hoog aantal complicaties [op] gedurende de follow-up. Daarom was het advies om voorzichtigheid te betrachten bij deze op maat gemaakte totale knieprothese, vooral omdat grote prospectieve studies met een controlegroep ontbreken.

Sajan (2023) evalueerde in een niet-gecontroleerde prospectieve studie de effectiviteit van de plaatsing van de Origin totale knieprothese bij 50 patiënten in een studie met een follow-up duur van zes weken. De primaire uitkomst was een CT-scan pre- en postoperatief, waarop te zien was hoe de totale knieprothese aansloot op heup- en scheenbeen. De procedure liet postoperatief na 6 weken een hoge precisie en reproduceerbaarheid van de totale knieprothese zien ten opzichte van de preoperatieve planning.

Tot slot werd een lopende trial gevonden (start september 2024). Het betreft een prospectieve gerandomiseerde studie (RCT) waarbij de effectiviteit en veiligheid van twee experimentele totale knieprothesen wordt vergeleken:

SpheriKA (MEDACTA) met ODEP score pre-entry A, en Origin (Symbios). Het aantal beoogde patiënten is 120. De follow-up tijd is twee jaar.*

Conclusie

Een positieve ervaring van één of enkele patiënten en behandelaars met een bepaalde behandeling, zoals de in de brief beschreven behandeling in Aruba waar door verzoekster naar verwezen wordt, is niet voldoende om te kunnen vertrouwen op de effectiviteit en veiligheid van een behandeling.

Het effect moet namelijk ook zijn aangetoond in goed opgezette wetenschappelijke studies met een controlegroep. Een goed opgezette en uitgevoerde (prospectief, van voldoende grootte en duur) gerandomiseerde vergelijkende klinische studie (RCT) geeft de minste kans op vertekening van het te onderzoeken effect, en kan derhalve in principe de hoogste mate van zekerheid geven over de causale relatie tussen de interventie en het waargenomen effect.

In de search werd weliswaar een lopende RCT gemeld, maar daarbij werden twee experimentele totale knieprothesen met elkaar vergeleken. Verder voldeed geen van de gevonden studies aan deze criteria. Geconcludeerd kan worden dat de resultaten van de literatuursearch aansluiten

bij de ODEP classificatie van de Origin totale knieprothese. Vooralsnog is er beperkt bewijs voor de effectiviteit en veiligheid van Origin totale knieprothese. De vier vanuit de search beschreven studies zijn relatief kort (tot maximaal twee jaar) en met relatief weinig deelnemers. Daarnaast is er geen controlegroep, zodat niet duidelijk is wat het netto effect en de kans op bijwerkingen is van deze totale knieprothese ten opzichte van de standaard totale knieprothesen. Ook wordt in een studie, hoewel een conference abstract en dus niet volledig gepubliceerd, expliciet gewaarschuwd voor meer bijwerkingen van de Origin totale knieprothese dan gebruikelijk. De conclusie van het Zorginstituut dat de Origin totale knieprothese niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk wijzigt derhalve niet."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv), en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en de 'stand van de wetenschap en praktijk' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van de Verordening (EG) nr. 883/2004, de relevante bepalingen uit de Richtlijn 2011/24/EU (Patiëntenrichtlijn) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar België gegaan om daar zorg af te nemen. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, zal de commissie eerst hieraan toetsen.
In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).
- 7.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig om toestemming voor de behandeling gevraagd. Deze heeft afwijzend op de aanvraag beslist, omdat de behandeling niet zou voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee geen deel uitmaakt van de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. De commissie overweegt in dit verband dat het niet de bedoeling van de verordening is het verzekerde pakket uit te breiden. Dit geldt ook voor de door verzoekster aangehaalde Patiëntenrichtlijn (waaronder artikel 7 en punt 53 van de considerans). Dit betekent dat de voorwaarde dat de zorg moet voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', zoals bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, Bzv en artikel 24 van de Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering, onverkort van toepassing is. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

7.4. Artikel 114, derde en vierde lid, Zvw bepaalt dat de commissie in een aan haar voorgelegd geschil dat betrekking heeft op (de vergoeding van) de zorg of overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport ‘Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023’ van 11 april 2023 is ‘een dergelijke richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs (evidence) ontbreekt.

7.5. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat het op systematische wijze gezochte en geselecteerde bewijs (literatuur) op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen. Voor het beoordelen of een interventie (diagnostiek of behandeling) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk wordt uitgegaan van relatieve effectiviteit. Dit betreft het geheel aan effecten op gunstige en ongunstige uitkomsten van de interventie bij de doelgroep in vergelijking met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:

- formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
- systematische literatuursearch;
- samenvatten van het bewijs;
- beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
- van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.

Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.

7.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de behandeling waarbij Symbios Origin® knieprothesen worden geplaatst. Het voorlopig advies van 17 december 2024 bevat hiervan de uitkomst. Het Zorginstituut heeft toegelicht dat de NOV recent een advies heeft uitgebracht waarin is opgenomen dat bij het plaatsen van een totale knieprothese, de prothese moet beschikken over een ODEP-rating van 5A of hoger. Als een prothese geen ODEP-rating van 5A of hoger heeft, adviseert de NOV om de prothese alleen te

plaatsen in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Op de website van ODEP staat dat de Origin® knieprothese niet beschikt over een ODEP-rating van 5A of hoger. Dit betekent dat (nog) niet is aangetoond dat de prothese een bewezen goed resultaat heeft behaald, en dat deze prothese enkel mag worden geplaatst in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Dit laatste is bij verzoekster niet het geval. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat het plaatsen van de Symbios Origin® knieprothese niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en daarmee geen verzekerde prestatie vormt. Nu het plaatsen van de Symbios Origin® knieprothese geen verzekerde prestatie vormt, komen de daarmee samenhangende honorariumkosten en de kosten van reis en verblijf ook niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering.

Bij definitief advies van 27 februari 2025 heeft het Zorginstituut zijn conclusie dat de Symbios Origin® knieprothese niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, nader toegelicht aan de hand van de uitkomst van een alsnog uitgevoerde literatuursearch. Die uitkomst bevestigt de eerdere conclusie – aan de hand van de ODEP-rating – dat de prothese nog niet een wetenschappelijk bewezen goed resultaat heeft behaald.

- 7.7. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd ten aanzien van de ODEP-rating en het oordeel van de Belgische arts geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dat de behandeling in andere (Europese) landen mogelijk wel wordt vergoed, maakt niet dat aanspraak bestaat op vergoeding in Nederland. De lidstaten zijn namelijk vrij in het inrichten van hun stelsel van sociale zekerheid, waaronder de verzekering tegen ziektekosten, zodat hiertussen verschillen kunnen bestaan. Het door verzoekster gedane beroep op het gelijkheidsbeginsel is niet gemotiveerd, zodat dit wordt gepasseerd.

Verzoekster heeft verder gewezen op verschillende krantenartikelen over de vergoeding van geneesmiddelen uit het buitenland. Volgens verzoekster bestaat daarom eveneens aanspraak op vergoeding van de kosten van de behandeling in Antwerpen. De commissie volgt verzoekster hierin niet. Planbare zorg in het buitenland kan voor vergoeding in aanmerking komen op grond van de verordening of de voorwaarden van de zorgverzekering. Voorwaarde is hierbij dat het gaat om verzekerde zorg en andere diensten. De onderhavige behandeling voldoet daar niet aan, omdat deze niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De vergelijking met wél onder de zorgverzekering vallende geneesmiddelen gaat daarom niet op. Van het onrecht beperken van grensoverschrijdende zorg binnen de EU/EER, zoals door verzoekster is gesteld, is geen sprake. Nu het hier geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering betreft, omdat de zorg niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, mocht de ziektekostenverzekeraar verzoekster de gevraagde toestemming op basis van de verordening onthouden en haar vergoeding van de behandeling ten laste van de zorgverzekering weigeren.

De zorgverzekering kent onder voorwaarden dekking voor honoraria, verblijfskosten, en vervoerskosten, maar alleen voor zover deze samenhangen met verzekerde zorg. Aan die voorwaarde is in dit geval niet voldaan, zodat voor vergoeding van die kosten evenmin grond bestaat.

- 7.8. Waar het de zorgverzekering betreft, geldt tot slot dat deze niet voorziet in de mogelijkheid van substitutie, namelijk de vergoeding van niet-verzekerde zorg op basis van de bespaarde kosten van wél verzekerde zorg.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 april 2025,

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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, 2.6, 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.

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 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;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde 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;
 - 5°. 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 gehemeltespelen, 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.

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.

Artikel 64

1. Het Zorginstituut bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11.
2. Het Zorginstituut kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven.

Artikel 114

1. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
2. De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
3. De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
4. Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

24. Wij vergoeden doelmatige zorg

Wij vergoeden alleen de zorg:

a. die naar inhoud en omvang voldoende effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan speelt mee wat in het gehele betrokken vakgebied als goede zorg geldt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent. Het moet steeds passende zorg zijn die voldoet aan de professionele standaard¹ en [Werkwijzers VAGZ/VAV](#).

b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

U moet de zorg nodig hebben, en de zorg moet voor u doelmatig zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

25. Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft

Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft. Dat staat dan in de vergoeding. Kiest u voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden [maximale vergoedingen](#). Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de [Zorgzoeker](#) op onze site.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2024? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling gewoon afmaken bij die zorgverlener. Dit geldt niet voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het [reglement Zvw-pgb](#).

Hardheidsclausule

Als u vindt dat de maximale vergoeding voor een zorgverlener zonder contract u verhindert bij het vinden van een geschikte zorgverlener dan kunt u ons vragen om een hogere vergoeding. U moet dan aangeven waarom de vergoeding uw keuze zou verhinderen. Dit geldt niet als u gebruik maakt van het Zvw-pgb of voor zorg uit de aanvullende verzekering.

26. Er geldt altijd een maximum voor de vergoeding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt soms het tarief. Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximumprijs? Dan vergoeden wij nooit méér.

Is er geen vaste of maximumprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij fysiotherapie uit de Vrije Keuze Basisverzekering en medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar [95%](#) van de zorgverleners onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

Voor een aantal vergoedingen gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners onze eigen maximale vergoedingen. Dat staat in algemene regel 25.

● 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 als behandelaar verantwoordelijk voor uw zorgvraag. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Bijvoorbeeld een scan of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de verantwoordelijke behandelaar ook een SEH-arts³, een verpleegkundig specialist of een physician assistant⁴ zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische zorg. De basisverzekering vergoedt ook verpleging, paramedische zorg⁵, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de Ziekenhuisopname.

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

- Medisch-specialistische revalidatie
- Plastische chirurgie
- Vruchtbaarheidsbehandelingen / lvf

Dit wordt niet vergoed

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

Andere vergoedingen

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

- Kaakchirurgie
- Geneeskundige ggz
- Opname voor geneeskundige ggz

Ziekenhuis en medisch specialist

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende zorg niet. De aanvullende verzekering soms wel:

- Sterilisatie of een hersteloperatie daarvan

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de medisch specialist betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor zorg van de medisch specialist geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

● 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. Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist⁶ zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg⁷ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

In drie situaties moet u vooraf toestemming vragen:

- 1 Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg⁸ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.
- 2 U moet ons toestemming vragen voor controle, onderzoek of behandeling in een aantal zbc²'s. Die staan op ons Overzicht zbc's met toestemming. U vraagt bij uw intake om een behandelplan en offerte. Daarmee kunt u bij ons toestemming vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg (na uw eerste consult) niet. Wilt u naar 1 van deze zbc's? Neem dan eerst contact op met onze ZorgConsulent.
- 3 Soms moet u ons ook vooraf toestemming vragen voor de volgende behandelingen en onderzoeken:
 - een uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie)
 - behandelingen Complex Chronische Longaandoeningen (CCL)

Staat uw zorgverlener in ons Overzicht toestemmingsvrije instellingen voor CCL of polysomnografie? Dan hoeft u niets te doen. Met die instellingen hebben wij afspraken over toestemming. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan moet u ons toestemming vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

● 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 dat we nooit meer vergoeden dan de marktconforme prijs.

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.

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc² krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

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 (voorziena) zorg in het buitenland.

Ziekenhuis en medisch specialist

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of de voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze 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.

Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
2. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
3. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
4. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
5. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
6. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelĳns zorg
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtĳngen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

● Buitenland: spoedeisende zorg

Als u onverwachts zorg nodig heeft in het buitenland.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Superfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering + Zorg volgens vergoedingen Superfit • Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief • Zorg die onder Superfit valt, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief • Geregistreerde geneesmiddelen • Niet-geneesmiddelen, max. € 350 per kalenderjaar • Ziekenvervoer naar de zorgverlener
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering • Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief • Geregistreerde geneesmiddelen • Niet-geneesmiddelen, max. € 250 per kalenderjaar • Ziekenvervoer naar de zorgverlener

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u in het buitenland met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of een plotselinge ziekte? Dat is spoedeisende zorg, dus zorg die u onverwachts nodig heeft en meteen moet krijgen en die niet kan wachten tot u weer terug bent in eigen land. Zodat u uw reis of verblijf niet hoeft af te breken.

Zorg in het buitenland en reizen

Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

Wat vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering?

Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u die zorg met spoed in het buitenland krijgt. Er gelden 2 belangrijke beperkingen:

1. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal 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
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding

Of: vergoeding volgens de regels van het land waar u de zorg krijgt

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en krijgt u de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kunt u ook kiezen voor vergoeding volgens de regels van het land waar u de zorg krijgt. Door gebruik te maken van uw Europese zorgpas (EHIC) of een Verdragsformulier 111.

Wat vergoedt de aanvullende verzekering?

Wereldfit en Superfit vullen voor spoedeisende zorg in het buitenland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. Maar alleen als de zorg voor uw vertrek naar het buitenland niet te verwachten was. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat het om een vergoeding uit uw aanvullende (tand)verzekering? Bijvoorbeeld de vergoeding voor fysiotherapie? Deze gelden ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden als in Nederland. De aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

Hier kunt u terecht

Een zorgverlener die in de door de overheid gebruikte registers staat in het land waar u de behandeling krijgt. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan in dat land, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)

Andere vergoedingen

Voor zorg waarvan u al wist dat u die moest krijgen, en zorg die kan wachten tot u weer terug bent in eigen land, geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg.

● **Wat u zelf betaalt**

De eigen bijdrage

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

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u die zorg in het buitenland krijgt. Zo werkt het eigen risico

Zorg in het buitenland en reizen

- **Dit moet u zelf doen**

Neem contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance

Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan moet u zo spoedig mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Doet u dat niet, dan kan dat gevolgen hebben voor de vergoeding.

- **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. Dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Voor Wereldfit staan hierboven niet alle voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

U geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over de behandeling of repatriëring.

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

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit 100% ziekenhuiszorg België en Duitsland Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland • Ziekenhuiszorg in België of Duitsland 100%, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering) • 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
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	100% medisch specialist in België en Duitsland Alleen voor zorg in ziekenhuis

● Wat u vergoed krijgt

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. De vergoeding die u nu leest gaat over zorg die gepland kan worden, die dus niet meteen nodig is. Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

Zorg in het buitenland en reizen

Wat vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering?

Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u voor die zorg naar het buitenland gaat. Er gelden 3 belangrijke beperkingen:

1. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal 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
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
3. voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de kosten van zorg in het buitenland boven het Nederlands tarief in 2 situaties. Als u zorg nodig heeft die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maar:

1. u daar gezien uw medische situatie te lang op zou moeten wachten, of
2. u die zorg in Nederland niet kunt krijgen

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en gaat u voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is in die situaties soms vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar u de behandeling wilt ondergaan.

Wat vergoedt de aanvullende verzekering?

Wereldfit en Superfit vullen voor Ziekenhuiszorg in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van dat land. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat u voor ziekenhuiszorg naar een ander EU-, EER- of verdragsland dan België of Duitsland? Dan vult Superfit de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (de vergoedingen van de basisverzekering maakt hiervan deel uit). Die vergoeding geldt ook voor andere zorg uit de basisverzekering.

Krijgt u in het buitenland zorg die onder uw aanvullende verzekering valt? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden daar ook. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en vergoedingen als in Nederland. De aanvullende (tand)verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen. Alleen Superfit vergoedt maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoedingen als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of neem contact op met ons Service Center.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

Andere vergoedingen

Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

Zorg in het buitenland en reizen

● Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Het eigen risico

Valt de zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u de zorg in het buitenland krijgt. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Dit moet u zelf doen

Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben

Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing of voorschrift moet hebben, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u de zorg in het buitenland krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Voor zorg in het buitenland moet u vooraf [toestemming](#) van ons hebben in 3 situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor zorg met opname of dagopname¹
- als u de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden.

● 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. Dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

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 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.

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een [second opinion](#) door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering die second opinion tot maximaal het Nederlandse tarief.

Uitleg

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

● Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

Als u tijdens uw reis geen infectieziekten wilt oplopen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 75 voor 11 ziekterisico's Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 75 voor 11 ziekterisico's Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 100 voor 11 ziekterisico's Max. per kalenderjaar
Topfit	100% (alle ziekterisico's)
Superfit	100% (alle ziekterisico's)

● Wat u vergoed krijgt

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

In het buitenland komen de volgende infectieziekten veel voor:

- hepatitis A en B
- difterie, tetanus en polio (dtp)
- gele koorts
- tyfus
- cholera
- meningokokken
- rabiës
- malaria

De aanvullende verzekeringen Startfit en hoger vergoeden consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen (zoals malariatabletten) voor deze 11 infectieziekten. Startfit, Benfit en Optifit vergoeden tot een maximumbedrag per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Topfit en Superfit vergoeden de consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen volledig. Dat kunnen ook vaccinaties tegen andere 'buitenlandse' infectieziekten zijn die het [LCR](#) (Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing) aanraadt.

Zorg in het buitenland en reizen

Hier kunt u terecht

- huisarts
- apotheek
- [GGD](#)
- [thuisvaccinatie.nl](#)
- vaccinatiecentrum

Dit wordt niet vergoed

- het vaccinatieboekje
- administratiekosten
- extra kosten voor een consult of vaccinatie aan huis
- andere middelen die aangeraden worden bij een reis naar het buitenland, zoals DEET en ORS (middel tegen uitdroging bij diarree of braken)

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen geldt geen eigen risico.

● Dit moet u zelf doen

Voor preventieve geneesmiddelen en vaccins die u zelf bij de apotheek haalt, moet u een voorschrift (recept) hebben

Krijgt u bijvoorbeeld malariatabletten, of vraagt de zorgverlener u om een vaccin zelf te halen? Wij vergoeden deze alleen als ze zijn voorgeschreven door een arts, en geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.

● 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.