



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, rugoperatie, indicatie, doelmatigheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 202001041

Zittingsdatum : 3 februari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen ( G.R.J. de Groot, H.A.J. Kroon en L. Ritzema)

---

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 25 augustus 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 25 november 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 18 januari 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020050905) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 19 januari 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 februari 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 8 februari 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 17 februari 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van het definitieve advies van het Zorginstituut is op 2 maart 2021 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen te reageren op het definitieve advies. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 maart 2021 meegedeeld dat hij niet zal inhoudelijk zal reageren. Verzoekster heeft op 18 maart 2021 inhoudelijk gereageerd. Op 19 maart 2021 zijn kopieën van voornoemde reacties aan de wederpartij gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit en ONVZ Wereldfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft al langere tijd rugklachten en is hiervoor ook meerdere keren geopereerd. Deze behandelingen hadden geen of slechts tijdelijk een positief resultaat, zij bleef klachten houden.

- 3.3. De orthopedisch chirurg van de Sint Maartenskliniek heeft op 7 maart 2019 per brief over verzoekster verklaard:

*"Bovengenoemde patiënte bezocht op 18-02-2019 onze polikliniek.*

Rede[n] van verwijzing:

*SO bij rugklachten (Dr Abbing/Munster ziekenhuis): vraagstelling is nieuwe operatie op niveau L3-L4 zinvol?*

Relevante voorgeschiedenis:

*15x rugoperaties oa spondylodese L4-S1*

*2016: decompressie L3-L4 met plaatsen PEEK cage?*

*mei 2018: decompressie.*

*2018: SI dese Li.*

*(...)*

Anamnese:

*Al jaren rugklachten en beenpijn. Laatste 3 jaar nog 5 x geopereerd aan rug. Geen baat of steeds maar 5 weken. Laatste operatie in mei 2018 met decompressie L3-L4, weer maar enkele weken baat. Niet bekend bij pijnpoli. Loopafstand zeer beperkt tot 50-100 m. Nachtpijn omdat patiënte last heeft van voeten-onrustige benen. EMG geen PNP. Klachten beide benen (R>L), rechts bij zitten en links bij het lopen, bij liggen aan beide zijden. Loopt met 2 krukken, geen duidelijk krachtverlies. Geen caudaklachten. Wel klachten van mictie ophouden.*

*(...)*

Conclusie:

*FBSS na >10 keer rugoperaties.*

Beleid:

*Gezien meerdere rugoperaties met steeds maar kortdurende baat, lijkt ons een nieuwe operatie een kans van slagen zeer gering, ondanks wel beeld van kanaalstenose L3-L4 op MRI en ook klinisch hiervan klachten. Fusie uitbreiden naar L3-L4 zoals al beschreven ons inziens niet zinvol en met grote kans op adjacent level disease. Geeft aan angst te hebben voor progressie, graag hiervoor aandacht bij eigen orthopeed en door huisarts. Ons voorstel is contact met pijnpoli (Isala/Duitsland/SMK) voor bespreken optie van SCS. Geen controle afgesproken."*

- 3.4. In het behandelplan van 30 maart 2019 heeft de behandelend arts het volgende over verzoekster verklaard:

"Operatie indicatie:

*Status na meerdere LWK operaties en Desis IS gewricht links.*

*Recidife]verende radiculaire klachten rechter en linker been*

*Recidife]verend optredende, post operatieve, stenosen :*

*Centraal spinaal kanaal, lat. Recessie en Foramina op L2/L3/L4.*

*Geen aanknopingspunten voor een PNP ( EMG ).*

*Meerdere malen Facet gewricht denervaties op L2/L3 en L3/L4 :*

*Cryo , hyperthermie, electrotechnisch en lokale infiltratie met Bucain.*

*Consult St. Maartenskliniek bevestig[t] de diagnoses.*

*Neuro stimulatie blijkt bij proef onderzoek geen resultaat te hebben.*

Behandelplan:

*Hernieuwde ruime inter arcuaire decompressie op L2/L3 en vooral op L3/L4*

*Door deze ruime decompressie verliest de LWK haar stabiliteit in het traject L2-L4 reden voor een noodzakelijke rigide strekkende Spondylodese L2-L4 met Pedikelschroeven en stabilisatie staven."*

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 april 2019 per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 26 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 7 januari 2020 nogmaals verzocht om heroverweging van de afwijzende beslissing. Zij heeft hierbij het advies van een door haar ingeschakelde medisch adviseur gevoegd. Deze medisch adviseur, tevens orthopedisch chirurg - traumatoloog, heeft, voor zover hier van belang, het volgende over verzoekster verklaard:

"(...)

*Ondanks dat de kans op succes klein was blijkt (uitgaande van de juistheid van de stelling van collega Abbink dat cliënt nog steeds klachtenvrij is) hier dus de juiste behandel keuze te zijn gemaakt om cliënt wel wat langere tijd (en mogelijk in de toekomst voortdurend) klachtenvrij te krijgen. Daarmee is bewezen dat deze behandeling "zinnig" is geweest.*

*Met betrekking tot de kans op adjacent level disease deel ik de visie van de Sint Maartenskliniek, en niet die van collega Abbink. Door de veranderende biomechanica is er een verhoogde kans dat het bovenliggende beweeglijke niveau alsnog zal sneuvelen. Daarbij is echter niet gezegd dat dit sneuvelen ook moet leiden tot klachten. Tevens is ook niet goed aan te geven wat de tijdspanne zal worden voordat het fenomeen optreedt. Maanden? Jaren?*

*In de wereld wordt, om diverse per land of arts verschillende hen moverende redenen, anders omgegaan met patiënten in vergelijkbare situatie waarin cliënt zich bevond. Hoewel in Nederland niet snel zal worden overgegaan tot een ingreep zoals cliënt heeft ondergaan, gebeurt dit op sommige andere plaatsen in de wereld wel. Het is daarom zeer moeilijk om een antwoord te geven op de vraag of het een "gebruikelijke" behandeling betreft. Dit omdat het referentiekader voor de term "gebruikelijk" zoals gezegd niet overal in de wereld hetzelfde is. Conform de Nederlandse normen kan ik stellen dat op deze indicatie deze ingreep alhier niet "gebruikelijk" is.*

*De term "doelmatig" ligt hierbij in een grijs gebied. Indien het doel is dat cliënt een half jaar of langer minder tot geen last heeft en zich goed kan redden, is er sprake van bewezen doelmatigheid. Indien de verzekeraar stelt dat aannemelijk moet zijn dat cliënt ten minste vele jaren met nauwelijks klachten rondloopt, is het twijfelachtig of dit doel wordt gehaald. De zorg is dan dus niet doelmatig. De tijd zal het bij cliënt moeten leren. Zo de verzekeraar dit laatste standpunt inneemt, dient er dan wel in de beoordeling van doelmatigheid te worden meegenomen dat een verwijzing naar de pijnpoli dit doel dan ook met zeer grote waarschijnlijkheid niet zou hebben opgeleverd. Alsdan zou de verwijzing naar de pijnpoli dus evenmin doelmatig zijn geweest. Dit terwijl de ONVZ de verwijzing naar de pijnpoli klaarblijkelijk wel als doelmatig classificeert."*

3.8. Op 26 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat de door hem ontvangen aanvullende informatie geen aanleiding geeft de aanvraag alsnog toe te wijzen.

3.9. Op 18 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

*"(...) De orthopedisch chirurg geeft in het behandelplan nergens aan wat de klachten van verzoekster precies zijn en hoe deze klachten gerelateerd zijn aan de gestelde diagnose door middel van beeldvormend onderzoek. Ook geeft hij niet aan waarom van de nu aangevraagde behandeling wel effect zou mogen worden verwacht. (...)*

Indicatie laminectomie

(...)

*In de aanvraag (noch elders) geeft de behandelend orthopedisch chirurg niet aan wat de precieze klachten zijn waarvoor de voorgestelde re-operatie een verbetering zou kunnen bewerkstelligen en waarom re-operatie op dezelfde wervelniveaus waarop eerder is geopereerd voor dezelfde indicatie nu wel succesvol zou kunnen zijn. Uit het dossier kan derhalve niet worden opgemaakt dat verzoekster een indicatie had voor de voorgestelde laminectomie.*

#### Indicatie spondylodese

*Een indicatie voor spondylodese bestaat alleen als er instabiliteit van de wervelkolom bestaat of dreigt als gevolg van decompressie (laminectomie). Er zijn internationaal en nationaal duidelijke indicaties geformuleerd voor spondylodese, namelijk instabiliteit in de wervelkolom en het afglijden van de ene wervel t.o.v. de andere (spondylolisthesis). (...)*

*Het optreden van instabiliteit bij een laminectomie is niet vanzelfsprekend, waardoor bij ontbreken van pre-operatieve instabiliteit (door andere oorzaken) peroperatief getest dien te worden of er instabiliteit is opgetreden als gevolg van de laminectomie. Hierover vermeldt het operatieverslag niets, derhalve is op grond van de beschikbare informatie dus niet vast te stellen dat er peroperatief instabiliteit was ontstaan, waardoor er een geldige indicatie was ontstaan voor de spondylodese.*

#### Indicatie verzoekster

*Er kan geconcludeerd worden dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op een re-operatie van de lumbale wervelkolom omdat zij hieraan reeds 15 keer is geopereerd, waarvan vijf keer in de afgelopen drie jaar en minimaal drie keer op dezelfde wervelniveaus als waar nu de re-operatie wordt voorgesteld, en conservatieve behandelopties niet volledig zijn toegepast.*

#### **Conclusie**

*Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering van een laminectomie/decompressie en spondylodese op meerdere niveaus (re-operatie van de lumbale wervelkolom ) omdat zij niet redelijkerwijs is aangewezen op deze ingreep. Het Zorginstituut is niet bevoegd om de doelmatigheid van de ingreep in geschil te beoordelen. (...)"*

3.10. Het Zorginstituut heeft in zijn definitieve advies het volgende opgemerkt:

*"Uit de stukken in het dossier blijkt dat verzoekster vijftien keer is geopereerd aan haar rug. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster verklaard dat zij in totaal vijftien keer is geopereerd, waarvan tien keer aan haar rug. Dit is niet van invloed op de conclusie van het advies. Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de operatie omdat conservatieve behandelopties niet volledig zijn toegepast, niet vaststaat dat pre-operatief instabiliteit was ontstaan en verzoekster minimaal drie keer geopereerd is aan dezelfde wervelniveaus als waar nu de re-operatie wordt voorgesteld. Verzoekster is daarom niet redelijkerwijs aangewezen op een laminectomie/decompressie en spondylodese op meerdere niveaus (re-operatie van de lumbale wervelkolom)."*

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de door haar op 23 april 2019 in Munster (Duitsland) ondergane operatie alsnog moet vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

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

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

**Zorgverzekering**

- 6.2. Verzoekster verklaart dat zij al jaren rugklachten had. Zij is meerdere keren geopereerd, maar dit had nooit of slechts tijdelijk het gewenste effect. Zij is uiteindelijk terecht gekomen bij de orthopedisch chirurg in Duitsland. De door hem uitgevoerde operatie was zeer succesvol. Verzoekster was na de ingreep klachtenvrij. En dit is een veel beter resultaat dan zij ooit bij de pijnpoli had kunnen bereiken.

Verzoekster licht toe dat zij in 2019 vanwege ernstige pijnklachten met spoed moest worden geopereerd. Zij heeft daarom op 11 april 2019 een verzoek bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor de operatie in Duitsland. Zij heeft hierbij verzocht om haar aanvraag met spoed te behandelen. Op 23 april 2019 - de dag van de ingreep - kreeg zij van de ziektekostenverzekeraar het bericht dat deze niet wordt vergoed.

Ten aanzien van het door de ziektekostenverzekeraar gestelde ontbreken van een verwijzing merkt verzoekster op dat zij meerdere verwijzingen naar de betreffende arts heeft gehad. Zij was in de veronderstelling dat deze in het bezit van de ziektekostenverzekeraar waren. Na de operatie heeft zij nogmaals een verwijzing naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

Ter zitting heeft verzoekster in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut verklaard dat zij weliswaar vijftien keer is geopereerd, maar niet vijftien keer aan haar rug. Ter aanvulling heeft zij aangevoerd dat eerder operaties moesten worden herhaald vanwege "dichtslibben". Door het vast zetten is dit risico er niet meer, en het gaat al twee jaar goed. Verzoekster is pijnvrij, en heeft geen plasproblemen of problemen met het lopen meer. Het risico van adjacent level disease bestond sowieso al en is dus niet nieuw.

In reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut heeft verzoekster aangevoerd dat elektroden over het algemeen werken op zenuwen en eventueel spierspanning, maar niet op artrose. En de oorzaak van haar klachten is artrose. Volgens verzoekster biedt geen enkele operatie een garantie voor de toekomst. Zij benadrukt dat het erom gaat dat de patiënt beter wordt en op welke manier dit gebeurt is volgens haar van ondergeschikt belang.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat uit het behandelplan van de behandelend orthopedisch chirurg niet duidelijk wordt waarom de voorgestelde behandeling deze keer wel een grotere kans van slagen heeft, terwijl de vorige operaties onvoldoende en/of geen langdurige positief resultaat opleverden.

Uit het verslag van de Sint Maartenskliniek blijkt van een negatief advies voor chirurgisch ingrijpen, omdat gezien het uitblijven van langdurig resultaat bij de vorige operaties een nieuwe ingreep niet zinvol lijkt en daarnaast een grote kans op adjacent level disease bestaat. De betrokken arts geeft aan dat er inderdaad een kanaalstenose te zien is, maar dat de kans van slagen van een nieuwe operatie zeer klein is. De Sint Maartenskliniek geeft als hoofdiagnose Failed Back Surgery Syndrome (FBSS) en heeft verzoekster doorverwezen naar de pijnpoli.

De ziektekostenverzekeraar licht verder toe dat het ontbreken van een verwijzing niet de reden is geweest van afwijzing van de aanvraag. De aanvraag is afgewezen, omdat de behandeling niet doelmatig is.

## Overwegingen

- 6.4. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, gegaan om daar een behandeling te ondergaan, bestaande uit een rugoperatie op niveau L2-L4. Het betreft planbare zorg. Hierop is artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing. Verzoekster heeft vooraf toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft de aanvraag op 11 april 2019 ontvangen. De afwijzende beslissing bereikte verzoekster op 23 april 2019, de dag waarop zij werd geopereerd. Zowel in het kader van de rechtstreeks werkende verordening als in dat van de zogenoemde Patiëntenrichtlijn - welke niet rechtstreeks werkende richtlijn is geïmplementeerd in de Nederlandse wetgeving - geldt als uitgangspunt dat geen uitbreiding van de verzekeringsaanspraken is beoogd. Bepalend is of een behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat van aansluiting voorziet.
- 6.5. De commissie overweegt in dit verband dat tussen partijen niet ter discussie staat dat het hier zorg betreft zoals orthopedisch chirurgen die plegen te bieden, terwijl voorts vast staat dat de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voor de aanspraak ten laste van de zorgverzekering moet vervolgens worden beoordeeld of betrokkene redelijkerwijs is aangewezen op de aangevraagde zorg. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 18 januari 2021 geconcludeerd dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op een laminectomie/decompressie en spondylodese op meerdere niveaus (re-operatie van de lumbale wervelkolom), omdat zij minimaal drie keer is geopereerd op dezelfde wervelniveaus als waar nu de re-operatie wordt voorgesteld, en conservatieve behandelopties niet volledig zijn toegepast. Het Zorginstituut heeft deze conclusie bevestigd in zijn definitieve advies van 17 februari 2021. De commissie neemt voornoemde conclusie over. Dit betekent dat geen aanspraak op vergoeding bestaat op grond van de zorgverzekering, en dat de gevraagde toestemming op basis van de verordening verzoekster terecht werd onthouden. Aangezien het verzoek vanwege het ontbreken van een (verzekerings)indicatie wordt afgewezen, wordt aan de vraag naar de doelmatigheid van de behandeling niet toegekomen.

## Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.6. De aanvullende verzekering Topfit biedt geen dekking voor medisch specialistische zorg. De aanvullende verzekering Wereldfit biedt dekking in aanvulling op de vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Aangezien, zoals hiervoor is geconcludeerd, op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op de aangevraagde zorg, kan evenmin aanspraak worden gemaakt op de aanvullende vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering Wereldfit.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 maart 2021,

L. Ritzema

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Europese wet- en regelgeving  
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)



### 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

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

#### Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? Aan de hand van de volgende regels bepalen wij of wij de zorg vergoeden. Meestal gaat de vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt dan rechtstreeks vergoeding van ONVZ en ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener. U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet zonder onze toestemming aan iemand anders overdragen. Of gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een nota van die ander gaat betalen.

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

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op diensten die op onze website onder vergoedingen staan, als aan de voorwaarden is voldaan.** We bedoelen de algemene regels die u nu leest, en de voorwaarden die bij vergoedingen op de website staan.

#### Voorbeeld

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

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

23. **De verzekering vergoedt de kosten van zorg zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of (bijvoorbeeld bij een geneesmiddel) de datum van aflevering die op de nota staat, moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling als 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de openingsdatum van de dbc bij ons verzekerd zijn.
24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**
- a. **waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen, en**
  - b. **die naar inhoud en omvang als effectief en veilig wordt beschouwd**
- Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond en in de praktijk is gebleken dat de zorg goed werkt. Is dat niet aangetoond of gebleken dan geldt wat het betrokken vakgebied (de hele groep van zorgverleners) goede zorg vindt. Verder moet de zorg voor u doeltreffend zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
25. **De overheid bepaalt soms het tarief.** Voor sommige behandelingen stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een vaste of maximumprijs vast. Wij vergoeden dan deze vaste prijs, of niet meer dan de maximumprijs.

#### Is er geen vaste of maximumprijs van de overheid? Dan vergoeden wij een marktconforme prijs.

'Marktconform' betekent dat de nota van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Voor een Zvw-pgb voor verpleging en verzorging gelden de maximumbedragen die in het reglement Zvw-pgb<sup>1</sup> staan.

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

#### Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

26. **Soms betaalt u een eigen bijdrage.** Voor sommige zorg van de Vrije Keuze Basisverzekering (zoals kraamzorg thuis, sommige geneesmiddelen en een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage<sup>2</sup>. Dat is een bedrag dat u zelf moet betalen als u de zorg krijgt. De overheid bepaalt de eigen bijdragen.
27. **U betaalt ook het verplichte eigen risico<sup>3</sup>.** De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. **Voor 2019 is het bedrag € 385.** Dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. **Het eigen risico geldt alleen voor de Vrije Keuze Basisverzekering.**

<sup>1</sup> Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl) - 030 639 62 22

<sup>2</sup> Meer informatie leest u op: [www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-bijdrage](http://www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-bijdrage)

<sup>3</sup> Meer informatie leest u op: [www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-risico](http://www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-risico)

# Medisch specialist

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

## Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist<sup>1</sup>. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts.

De medisch specialist werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC)<sup>2</sup> of in een eigen praktijk.

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

Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de hoofdbehandelaar ook een SEH-arts (op de spoedeisende hulp), een verpleegkundig specialist of een physician assistant<sup>3</sup> zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

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

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

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

- plastische chirurgie
- voorwaardelijk toegelaten zorg
- vruchtbaarheidsbehandeling / ivf
- aanvullende diagnostiek bij borstkanker
- sterilisatie of een hersteloperatie daarvan

### 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

<sup>1</sup> 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

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

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

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	100% De meeste ziekenhuiszorg
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Extrafit</b>	Geen vergoeding
<b>Benefit</b>	Geen vergoeding
<b>Optifit</b>	Geen vergoeding
<b>Topfit</b>	Geen vergoeding
<b>Superfit</b>	Geen vergoeding

## Wat u zelf betaalt

### Het eigen risico

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

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

## Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts. Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg<sup>1</sup> is geen verwijzing nodig.

### Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg<sup>2</sup> staan vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming<sup>3</sup> 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** (voorziene) 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 de ZorgConsulent en voor spoedeisende zorg met onze alarmcentrale Zorgassistance.

<sup>1</sup> Zorg die niet kan worden uitgesteld bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

<sup>2</sup> Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

<sup>3</sup> Meer informatie leest u op: [www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-medisch-specialistische-zorg](http://www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-medisch-specialistische-zorg)

## Wat u zelf betaalt

### Het eigen risico

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

### De eigen bijdrage

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

## Dit moet u zelf doen

### Neem contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance

Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan raden wij u aan om contact op te nemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Bij Superfit en Wereldfit móet u dit doen.

## Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. Dat nota's duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor nota's in een andere muntsoort dan euro.

### Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

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

### Wij 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 (voorzene) zorg

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

## Wat u vergoed krijgt

Wilt u voor een behandeling naar het buitenland? De vergoeding hieronder geldt voor niet-spoedeisende (voorzene) zorg in het buitenland. Dus zorg die u niet meteen hoeft te krijgen, maar die gepland kan worden. Voor zorg die u wel meteen nodig heeft, geldt de vergoeding [Buitenland: spoedeisende zorg](#).

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

### Zorg die onder de basisverzekering valt

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

- de 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
- niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
- voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland. Heeft u bijvoorbeeld een verwijzing nodig, of toestemming vooraf? Dan geldt dat ook in het buitenland

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

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

De **aanvullende verzekeringen** Wereldfit en Superfit vullen voor ziekenhuiszorg in een ziekenhuis in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland. U moet dan wel vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent. Superfit vult voor andere zorg die onder de basisverzekering valt en die u krijgt in een EU-, EER- of een verdragsland de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

**Of: u kiest voor vergoeding volgens de plaatselijke regels**

Woont u in een EU- of EER-land<sup>1</sup> of in Zwitserland en gaat u voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is soms **vergoeding volgens de plaatselijke regels mogelijk**. Dat kan gunstig zijn als de zorg daar duurder is dan in Nederland. U moet daarvoor wel een S2-formulier<sup>2</sup> meenemen naar de zorgverlener. Dat formulier vraagt u bij ons aan. Doe dat op tijd, voor u de behandeling krijgt. Wij hebben 5 werkdagen nodig om uw aanvraag te beoordelen.

**Zorg die onder de aanvullende verzekering valt**

Wilt u voor zorg die onder uw aanvullende verzekering valt naar het buitenland? De vergoedingen van de aanvullende verzekeringen en Tandfit-verzekeringen gelden ook voor zorg die u in het buitenland krijgt. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en maximale vergoedingen als in Nederland. De aanvullende verzekeringen en Tandfit-verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. En Superfit in EU-, EER- en verdragslanden tot 2 keer dat bedrag. Als de zorg in het buitenland duurder is, betaalt u het verschil zelf.

**Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?**

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

<sup>1</sup> Zie hiervoor: [www.onvz.nl/vergoedingen/zorg-in-het-buitenland/verdragslanden-voor-zorg](http://www.onvz.nl/vergoedingen/zorg-in-het-buitenland/verdragslanden-voor-zorg)

<sup>2</sup> Zie hiervoor: [www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-niet-spoedeisende-zorg-buitenland](http://www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-niet-spoedeisende-zorg-buitenland)

## Vergoeding per verzekering

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

## Wat u zelf betaalt

### Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan betaalt u het eigen risico ook als u de zorg in het buitenland krijgt.

### De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan geldt 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.

## Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf contact met ons opnemen

- als u zorg nodig heeft die u in Nederland niet of niet snel genoeg kunt krijgen: met de ZorgConsulent
- als u een S2-formulier wilt aanvragen: met de ZorgConsulent
- als u voor medisch-specialistische zorg naar een ziekenhuis in België of Duitsland wilt en Werldfit of Superfit heeft: met de ZorgConsulent
- om toestemming<sup>1</sup> te vragen, als u die ook voor zorg in Nederland zou moeten hebben

## Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. Dat nota's duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor nota's in een andere muntsoort dan euro

### Werldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

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

### 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.

### Werken of wonen in het buitenland moet u melden

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

## Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

Als u tijdens uw reis geen infectieziekten wilt oplopen.

## Wat u vergoed krijgt

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

Veel voorkomende infectieziekten in het buitenland zijn:

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

<sup>1</sup> Zie hiervoor: [www.onvz.nl/zelf-regelen-toestemming-vragen](http://www.onvz.nl/zelf-regelen-toestemming-vragen)

# Wereldfit: ziekenhuiszorg in België en Duitsland

Als u naar het ziekenhuis gaat in België of Duitsland.

## Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische zorg krijgt u van de huisarts een verwijzing naar de medisch specialist. In Nederland geldt dan de vergoeding Medisch specialist. Bijna altijd vergoedt de basisverzekering die zorg.

Gaat u voor medisch-specialistische zorg naar het buitenland? Dan valt dat onder buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg. De **basisverzekering** vergoedt dan tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Als de zorg in het buitenland duurder is, betaalt u dus een deel zelf.

Heeft u de **aanvullende verzekering** Wereldfit of Superfit? Dan geldt in België en Duitsland een ruimere vergoeding. Wereldfit en Superfit vullen voor zorg door de medisch specialist in een ziekenhuis in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

U moet wel vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent. Die begeleidt u bij het kiezen van het ziekenhuis in België of Duitsland.

Wereldfit en Superfit vergoeden ook ziekenvervoer<sup>1</sup> vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis in België of Duitsland, met taxi, auto (max. € 0,27 per km) of vliegtuig (economy class).

### Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. U vindt de voorwaarden via de vergoeding Medisch specialist.

### Dit wordt niet vergoed

- Chefarzt (Duitsland) en ereloon(supplementen) (België) en kosten die daarmee te maken hebben
- alternatieve zorg

### Andere vergoedingen

Superfit en Zorgplan hebben vergoedingen voor extra luxe en comfort tijdens een ziekenhuisopname en voor extra service voor en na een ziekenhuisopname. Die gelden ook voor België en Duitsland.

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten Volgens <u>buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg</u>
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Extrafit</b>	Geen vergoeding
<b>Benfit</b>	Geen vergoeding
<b>Optifit</b>	Geen vergoeding
<b>Topfit</b>	Geen vergoeding
<b>Superfit</b>	Medisch specialist in ziekenhuis in België of Duitsland 100%, ziekenvervoer Na begeleiding ZorgConsulent
<b>Wereldfit</b>	Medisch specialist in ziekenhuis in België of Duitsland 100%, ziekenvervoer Na begeleiding ZorgConsulent

<sup>1</sup> Vervoer dat om medische redenen niet met openbaar vervoer kan plaatsvinden. Dit vervoer vindt plaats vanwege medisch onderzoek of medische behandeling



## Wat u zelf betaalt

### Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan betaalt u het eigen risico ook als u naar België of Duitsland gaat.

### De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan geldt die ook als u naar België of Duitsland gaat.

## Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent

Die begeleidt u bij het kiezen van een ziekenhuis.

## 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.

### Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Hierboven staan 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 zoals medisch specialisten die normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

## Wereldfit: repatriëring

**Als u na ongeval of ziekte ergens anders heen gebracht moet worden.**

## Wat u vergoed krijgt

Wordt u tijdens een reis ernstig ziek, of heeft u ernstig letsel door een ongeval? Dan geldt voor de medische zorg die u nodig heeft de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

Het kan zijn dat u voor bijvoorbeeld (vervolg)behandeling of voor verder herstel ergens anders heen gebracht moet worden. Dat noemen we repatriëring. De aanvullende verzekeringen Wereldfit en Superfit vergoeden repatriëring, als die medisch noodzakelijk is.

Wereldfit en Superfit vergoeden:

- vervoer naar een door onze alarmcentrale Zorgassistance bepaald land, met de medische begeleiding die daarbij nodig is
- extra kosten van verblijf, als u wel vervoerd moet worden maar dat nog niet kan
- 1 keer vervoer en verblijf voor 1 persoon, als iemand u tijdens die periode komt bezoeken

Kunt u naar huis terug, maar kan dat door de ziekte of het letsel niet met het geplande vervoermiddel? Dan vergoeden Wereldfit en Superfit de extra vervoerskosten.

Er gelden maximale vergoedingen. Voor vervoer zijn dat: auto € 0,27 per km, vliegticket economy class. En voor verblijf: € 150 per dag.

---

# 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 zeven 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 verslapte 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 gehemertespleten, 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 geregistreeerde 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.

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
  
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”