



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : EU/EER, België, medisch-specialistische zorg, Resurfacing Hip Arthroplasty (RHA), metaal-op-metaal-prothese (MoM-prothese)

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 202100510

Zittingsdatum : 28 juli 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 2 maart 2021 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is dezelfde dag aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 23 juni 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021020438) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 25 juni 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 juli 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 30 juli 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 9 augustus 2021 heeft het Zorginstituut per brief het definitief advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 10 augustus 2021 aan partijen gezonden, waarbij hen de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Van deze mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering PNO Ziektekosten Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen PNO Beter en Tandplus A (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft op 9 september 2020 een operatie aan zijn linkerheup ondergaan in het Jan Palfijn Ziekenhuis in Gent, België. Het betreft een zogenoemde Resurfacing Hip Arthroplasty (RHA), waarbij een metal-on-metal (MoM) heupprothese is geplaatst.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van de heupoperatie te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 augustus 2020 per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij hierop geen aanspraak heeft.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere malen om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 10 september 2020 en 17 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

3.5. Op 23 juni 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“(...)

Beoordeling

(...)

Stand van de wetenschap en praktijk

Om onderdeel te zijn van het pakket van de Zvw moet de zorg voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk', d.w.z. als effectief kunnen worden beschouwd.

NOV-adviezen en richtlijnen

Op basis van nationaal en internationaal gepubliceerde ervaringen heeft de NOV haar leden in 2012 geadviseerd om per direct geen MoM prothesen met grote koppen (groter dan 36 mm) en geen MoM resurfacingprothesen meer te plaatsen. Na[ar] het advies van de NOV mocht plaatsing van deze MoM prothesen alleen nog gebeuren in het kader van een medisch wetenschappelijk onderzoek. Dit advies is door het Zorginstituut overgenomen en betekende hiermee een verandering in het eerdere standpunt van het Zorginstituut uit 2007.

In 2015 is het advies van de NOV geüpdatet, waarbij nog steeds werd geadviseerd dat uit het oogpunt van patiëntveiligheid de toepassing van alle MoM heupprothesen met grote koppen (groter dan 36 mm), inclusief de resurfacingprothesen, opgeschort diende te blijven, totdat duidelijk zou worden aangetoond dat het gebruik van deze prothesen (in een bepaalde patiëntengroep) veilig is en op lange termijn de werkzaamheid onomstotelijk is aangetoond. Er bleef uitsluitend ruimte bestaan voor de toepassing van genoemde MoM prothesen binnen de setting van een wetenschappelijk onderzoek.

Volgens de website van de NOV is dit advies nog steeds van kracht. Tevens is de juistheid van dit besluit volgens de NOV recent bevestigd door een in maart 2020 verschenen onderzoek.

Standpunten Zorginstituut en eerdere adviezen in geschillen

Het Zorginstituut (voorheen CVZ) adviseerde in januari 2012 zorgverzekeraars bij verzekeringsbeslissingen in lijn met het advies van de NOV uit 2012 te handelen. Dit betekende een wijziging van het eerdere standpunt van het Zorginstituut uit 2007.

Sindsdien zijn er in 2013, 2014 en 2016 nog drie geschillen geweest over de MoM resurfacing hip arthroplasty. In die geschillen heeft het Zorginstituut aangegeven dat de heupoperatie (HRA-behandeling) als zodanig nog steeds behoort tot het verzekerde pakket, maar dat de MoM prothese geen zorg is, die voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

In het laatste geschil (2016) gaat het Zorginstituut ook in op verschillende merken heupprothesen. Opgemerkt wordt dat er verschillende merken MoM prothesen zijn. Voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk wordt hier geen onderscheid in gemaakt, ook niet door de NOV.

Toegestuurde literatuur

Verzoeker heeft een aantal wetenschappelijke artikelen toegevoegd aan het dossier. De SKGZ heeft het Zorginstituut gevraagd om te reageren op deze artikelen.

Het eerste onderzoek dat door verzoeker is meegestuurd (Van der Straeten et al., 2020), is een studie gebaseerd op data uit een internationaal HRA-register, waarin data van 'high-volume' chirurgen uit 13 landen [zijn] opgenomen. Het betreft patiënten die een HRA-ingreep hebben ondergaan, waarbij diverse typen MoM prothesen werden geplaatst en waarbij de patiënten op het moment van de ingreep jonger dan 50 jaar waren. Hiermee is de geïncludeerde patiëntpopulatie niet van toepassing op de situatie van verzoeker. Verzoeker was immers 59 jaar op het moment van de ingreep.

Het tweede onderzoek (Pritchett et al., 2020) is een kwantitatieve en kwalitatieve studie naar de ervaringen van patiënten die aan de ene heup een totale heupprothese kregen, en aan de andere heup een hip resurfacingprothese, waarbij geen MoM prothese maar een polyethyleen prothese is gebruikt. Zoals de auteur zelf ook in een ander artikel beschrijft, zijn dit verschillende prothesen. Hiermee is de in deze studie onderzochte ingreep dus niet van toepassing op de situatie van verzoeker, bij wie immers een MoM prothese is geplaatst.

Het derde onderzoek (Van Steenbergen et al., 2020) is een studie gebaseerd op data uit de Nederlandse registratie voor heupprothesen. Hierin is gekeken naar patiënten met een large head MoM RHA, large head MoM total hip arthroplasty (THA), small head MoM THA en conventionele non-MoM THA. Uit de studie blijkt dat large head MoM THA en RHA slechter presteren dan conventionele non-MoM THA in de Nederlandse populatie. In hun conclusie onderschrijven de onderzoekers dan ook het advies van de NOV om MoM prothesen niet meer toe te passen. De MoM THA en RHA worden in Nederland nagenoeg niet meer toegepast sinds het advies. Het artikel benoemt dat er mogelijk een selecte groep patiënten is, met name jonge actieve mannen, die baat zouden kunnen hebben bij MoM RHA, maar benoemt dat verder onderzoek hiernaar nodig is. Dit is geen reden om van het Nederlandse advies af te wijken.

Conclusie

RHA waarbij een MoM heupprothese wordt geplaatst voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering (...)"

3.6. Op 9 augustus 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...)

Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Naar aanleiding van de stellingen die verzoeker heeft aangedragen tijdens de hoorzitting merkt het Zorginstituut het volgende op. Verzoeker geeft aan dat het onderzoek dat door hem is toegevoegd aan het dossier (Van der Straeten et al., 2020) wel van toepassing is op verzoeker aangezien het volgens hem gaat om 'het hebben van een goede botstructuur en dat kan ook voor hem gelden'. Zorg die een (in de regelgeving genoemde) beroepsgroep 'pleegt te bieden' en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Vervolgens dient te worden vastgesteld of een individuele verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de prestatie. Het is niet zo dat een verzekerde recht heeft op een prestatie omdat de verzekerde meent redelijkerwijs te zijn aangewezen op die prestatie. De beoordeling van de criteria 'plegen te bieden' en 'de stand van wetenschap en praktijk' is een algemene beoordeling waarin individuele omstandigheden geen rol spelen. Het Zorginstituut kan zich voorstellen dat dit teleurstellend is voor verzoeker nu hij verklaart dat de behandeling hem heeft geholpen. Het is echter niet mogelijk op individuele basis de omvang van het verzekerde pakket te bepalen.

Verder heeft verzoeker tijdens de hoorzitting aangevoerd dat het onderzoek van Steenbergen et al. niet relevant is omdat de studie is gebaseerd op gegevens tot 2012. Volgens verzoeker zijn dit oude gegevens. Het onderzoek betreft nieuwe analyses over data tot en met 2012. Dit is logisch aangezien er na 2012 (bijna) geen MoM-prothesen meer worden geplaatst. Er [zijn] derhalve geen nieuwere data beschikbaar. Het resultaat van de nieuwe analyse ondersteunt het standpunt van het Zorginstituut."

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de RHA waarbij een MoM-prothese is geplaatst, uitgevoerd te Gent (België), geheel dan wel gedeeltelijk te 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 hoofdstuk 4, onder 78, van de 'PNO zorg Algemene regels en vergoedingen 2020'.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker stelt recht te hebben op gehele dan wel gedeeltelijke vergoeding van de te Gent uitgevoerde heupoperatie. Het eerdere standpunt van het Zorginstituut over de RHA waarbij gebruik wordt gemaakt van een MoM-prothese is achterhaald. Nieuw wetenschappelijk onderzoek toont aan dat de behandeling thans overeenkomstig de stand van de wetenschap en praktijk is. Uit dit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de RHA, mits uitgevoerd door gespecialiseerde behandelcentra, zogenoemde 'High-flow centra', een veilig en effectief alternatief is voor de jonge mannelijke heupartroplastie patiënt, waarbij de functionaliteit van de heup voor de patiënt behouden blijft. Verzoeker vindt het gerechtvaardigd als de ziektekostenverzekeraar in ieder geval een bedrag moet vergoeden gelijk aan de kosten van een standaard heupoperatie zoals hij die anders in Nederland zou hebben laten uitvoeren. Deze kosten zijn de ziektekostenverzekeraar nu bespaard gebleven. Verzoeker heeft ter zitting tegen het voorlopig advies van het Zorginstituut van 23 juni 2021 het volgende ingebracht. Het onderzoek van Van Der Straeten et al. (2020) is volgens hem wel degelijk relevant. Het gaat er namelijk om dat sprake moet zijn van een goede (gezonde) botstructuur. Dit laatste kan – ondanks dat hij ouder is dan de patiënten uit het onderzoek – ook voor hem gelden. Het onderzoek van Van Steenberghe et al. (2020) is volgens verzoeker daarentegen niet relevant, omdat hierbij gebruik is gemaakt van data die feitelijk betrekking hebben op de periode van 2007 tot en met 2012. Toen was echter sprake van een andere situatie. Destijds beschikten chirurgen namelijk nog niet over de benodigde kennis en kunde, wat volgens verzoeker de oorzaak was van de destijds geconstateerde problemen bij een RHA waarbij gebruik werd gemaakt van een MoM-prothese. Deze kennis en kunde is er inmiddels in het buitenland wel, namelijk in de eerder genoemde gespecialiseerde behandelcentra ('High-flow centra'). Dit heeft de problemen aldaar, althans in ieder geval gedeeltelijk, ondervangen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.3. Verzoeker heeft volgens de ziektekostenverzekeraar geen aanspraak op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten van de in Gent uitgevoerde operatie.

MoM-prothesen of resurfacing prothesen voldoen nog altijd niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en zijn hiermee geen verzekerde prestatie. De Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) heeft in het verleden geadviseerd dit soort prothesen niet meer te gebruiken nadat lange termijn onderzoek ernstige klachten liet zien. Dit internationaal ondersteunde advies is vervolgens overgenomen door het Zorginstituut. Het advies van de NOV moet nog altijd als actueel worden beschouwd. De juistheid ervan wordt ondersteund door een onderzoek uit maart 2020, waaruit blijkt dat de effectiviteit op de lange termijn nog altijd niet is bewezen. In het advies van het Zorginstituut van 23 juni 2021 wordt bevestigd dat een RHA waarbij gebruikt wordt gemaakt van een MoM-prothese niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar sluit zich aan bij het Zorginstituut.

De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat niet kan worden geconcludeerd dat de chirurgen van destijds niet bekwaam waren in het plaatsen van MoM-heupprothesen. Dit blijkt ook niet uit onderzoek. Daarnaast is de leeftijd van de patiënten zoals bedoeld in het onderzoek van Van Der Straeten et al. (2020) volgens de ziektekostenverzekeraar wel degelijk relevant. De situatie van een 59-jarige verschilt van personen die jonger zijn dan vijftig jaar. Dat sinds 2012 geen RHA meer wordt verricht waarbij gebruik wordt gemaakt van een MoM-prothese, betekent niet dat de data die zijn gebruikt in het onderzoek van Van Steenberghe et al. (2020) niet meer relevant zijn.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.4. Verzoeker is naar België, een andere EU/EER-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo.nr. 883/2004. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft afwijzend beslist, omdat de behandeling niet overeenkomstig de stand van de wetenschap en praktijk zou zijn. De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket is beoogd. Dit betekent dat de voorwaarde dat zorg als de onderhavige overeenkomstig de stand van de wetenschap en praktijk moet zijn, zoals bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, Bzv, niet beperkt blijft tot Nederland, maar in een buitenslandssituatie voor de toepassing van de verordening onverkort geldt. Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde afwijfsgrond wordt als volgt overwogen.
- 6.5. Bij de beoordeling of een RHA waarbij een MoM-prothese wordt geplaatst, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, neemt de commissie het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.
- 6.6. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.7. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.8. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere

orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

6.9. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot een RHA waarbij een MoM-prothese wordt geplaatst. Het advies van 23 juni 2021 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut concludeert hierin dat genoemde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De door verzoeker voordien overgelegde wetenschappelijke artikelen zijn bij het opstellen van het advies meegenomen.

6.10. Ter zitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld te reageren op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Verzoeker heeft in dit kader aangevoerd dat het onderzoek van Van Der Straeten et al. (2020) in zijn situatie wél relevant is – ook al behoort hij qua leeftijd niet tot de geïncludeerde patiëntpopulatie – omdat hieruit blijkt dat het erom gaat of sprake is van een gezonde botstructuur, hetgeen ook bij hem het geval kan zijn. Het Zorginstituut heeft in zijn definitief advies van 9 augustus 2021 in reactie hierop verklaard dat het bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk gaat om een algemene beoordeling waarbij individuele omstandigheden geen rol spelen. De commissie onderschrijft het standpunt dat het criterium ‘aangewezen zijn op’ eerst aan de orde komt nadat is vastgesteld dat het gaat om verzekerde zorg. Van verzekerde zorg is sprake als wordt voldaan aan de criteria ‘plegen te bieden’ en ‘stand van de wetenschap en praktijk’, terwijl daarnaast de wetgever de zorg niet van het verzekerde pakket mag hebben uitgesloten. Deze randvoorwaarden hebben algemene gelding. Vervolgens moet worden bepaald of de individuele verzekerde in redelijkheid op de zorg is aangewezen, of deze doelmatig is en of is voldaan aan eventueel toepasselijke formele vereisten, zoals het hebben van een verwijzing.

Verder heeft verzoeker ter zitting gesteld dat het door het Zorginstituut benoemde onderzoek van Van Steenberghe et al. (2020) niet ter zake doet, omdat gebruik is gemaakt van oude data, namelijk data tot en met 2012. Het Zorginstituut heeft in dit verband in zijn definitief advies toegelicht dat het onderzoek een nieuwe analyse van data tot en met 2012 betreft en dat dit logisch is, aangezien geen nieuwere data beschikbaar zijn, omdat na 2012 (bijna) geen MoM-protheses meer zijn geplaatst.

De commissie begrijpt de stelling van verzoeker aldus dat de oude data niet relevant zijn nu deze zijn verkregen in een tijd dat met de behandeling nog onvoldoende ervaring was opgebouwd. Wat hiervan ook zij, het ligt dan nog steeds op de weg van verzoeker te stellen en te bewijzen dat de behandeling inmiddels wel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, met name door het overleggen van publicaties van relevante onderzoeken. En hierin is hij niet geslaagd.

Het voorgaande betekent dat de door verzoeker te Gent ondergane HRA met MoM-prothese geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Hij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de ingreep, ten laste van de zorgverzekering. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 om die reden terecht onthouden.


Aanvullende ziektekostenverzekering

6.11. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een RHA waarbij een MoM-prothese wordt geplaatst.


Vergoeding standaard heupoperatie

6.12. Verzoeker heeft gesteld dat het gerechtvaardigd is als hij in ieder geval een gedeeltelijke vergoeding ontvangt, namelijk de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar had moeten verlenen als een standaard heupoperatie zou zijn verricht. De kosten van een standaard heupoperatie zijn de ziektekostenverzekeraar immers bespaard gebleven door de keuze voor een RHA met plaatsing van een MoM-prothese.


De commissie overweegt als volgt. Voor zover de ziektekostenverzekeraar gehouden zou zijn geweest de kosten van een standaard heupoperatie aan verzoeker te vergoeden als deze ingreep bij hem was uitgevoerd, is dit niet relevant, nu deze ingreep immers niet heeft




plaatsgevonden. Slechts de feitelijk afgenomen zorg is bepalend voor de vraag tot welke uitkering de ziektekostenverzekeraar op basis van de verzekeringsvoorwaarden is gehouden. In de situatie van verzoeker is een behandeling uitgevoerd die noch onder de dekking van de zorgverzekering noch onder die van de aanvullende ziektekostenverzekering valt en waarbij de vergoeding daarom nihil is.



6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 29 oktober 2021,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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 PNOzorg

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

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?

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 PNOzorg en PNOzorg betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener. U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet zonder onze toestemming aan iemand anders overdragen. En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een nota van die ander gaat betalen.
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 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 openingsdatums 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.
- Wij vergoeden ook alleen zorg die de groep van zorgverleners rekent tot hun geaccepteerde zorgaanbod. En die een zorgverlener uit die groep levert, op een manier die de groep professioneel en juist vindt.** We noemen dit gebruikelijke zorg. Met andere woorden: de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.
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-pgb¹ 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 ontvangt.

Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

26. **Soms betaalt u een eigen bijdrage.** Voor sommige zorg van de **Basisverzekering** (zoals kraamzorg thuis, sommige geneesmiddelen en een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage². Dat is een bedrag dat u zelf moet betalen als u de zorg krijgt. De overheid bepaalt de eigen bijdragen.

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

² Meer informatie leest u op: www.pnozorg.nl/vergoedingen/eigen-bijdrage

77. **Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of ontevreden met onze dienstverlening? Dan kunt u bij onze Klachtenservice een klacht indienen.** U ontvangt onze reactie binnen 30 dagen.
78. **Bent u niet tevreden met onze reactie of reageren wij niet? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).** De procedure bij de SKGZ verloopt in 2 stappen.
- Eerst probeert de Ombudsman uw klacht door bemiddeling op te lossen.
 - Als dat niet lukt, kunt u uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie.

Meer informatie vindt u op de website skgz.nl/procedure.

U kunt uw klacht op 2 manieren bij de SKGZ indienen.

- Via het klachtenformulier op skgz.nl/klacht-indienen
- Door een brief te sturen naar:

SKGZ
Antwoordnummer 5518
3700 VB Zeist

U moet de klacht op tijd bij SKGZ indienen. De SKGZ heeft 4 termijnen.

- Heeft u een reactie van ons gekregen? U kunt uw klacht tot 1 jaar na ons antwoord indienen bij de Ombudsman.
- Hebben wij niet gereageerd? U kunt uw klacht tot 13 maanden na uw vraag aan PNOzorg indienen bij de Ombudsman.
- U kunt de SKGZ vragen of u uw klacht direct aan de Geschillencommissie mag voorleggen. Dit kan tot 1 jaar na het (niet) handelen van PNOzorg waar uw klacht over gaat. Heeft u het (niet) handelen niet direct gemerkt? Dan gaat de termijn van 1 jaar in op het moment dat u wel op de hoogte had kunnen zijn.
- Heeft de Ombudsman uw probleem volgens u niet opgelost, en wilt u uw klacht daarom voorleggen aan de Geschillencommissie? Dit kan tot 3 maanden nadat de Ombudsman u zijn antwoord heeft laten weten.

U kunt uw klacht mogelijk ook voorleggen aan de burgerlijke rechter. U kunt dan niet meer naar de SKGZ.

79. Is uw klacht dat onze formulieren te ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kunt u deze ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) indienen. Dat kan via de telefoon of e-mail.

Nederlandse Zorgautoriteit
Informatielijn: 088 770 87 70
E-mail: informatielijn@nza.nl

Wat verder van belang is

80. De verzekeringen vallen onder Nederlands recht.

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 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. 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. Bijvoorbeeld een scan of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

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

De basisverzekering vergoedt medisch-specialistische zorg. De basisverzekering vergoedt ook verpleging, paramedische zorg⁴, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

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

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

- plastische chirurgie
- voorwaardelijk toegelaten zorg
- vruchtbaarheidsbehandelingen / ivf
- 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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De meeste ziekenhuiszorg
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

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

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

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

⁴ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

Geen eigen bijdrage

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, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Let op bij zorg in het buitenland

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

Een second opinion kan ook

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

Wachttijd? 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.

Ziekenhuisopname

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

Wat u vergoed krijgt

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

Moet u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist⁴ of de kaakchirurg⁵ in het ziekenhuis overnachten? Dan noemen we dat een ziekenhuisopname.

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

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

³ Meer informatie leest u op: www.pnozorg.nl/vergoedingen/toestemming-vragen

⁴ 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

⁵ Een kaakchirurg vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

Wat u zelf betaalt

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.

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.

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 Excellent en Buitenland 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 de euro.

Buitenland of Excellent? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Buitenland

Voor Buitenland staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Buitenland bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Excellent heeft. Buitenland 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 (voorzien) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

Wat u vergoed krijgt

Wilt u voor een behandeling naar het buitenland? De vergoeding die u nu leest geldt voor niet-spoedeisende (voorzien) 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 basisverzekering de vergoedt, of de 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.

Vergoedt de basisverzekering de zorg?

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** Buitenland en Excellent vullen voor ziekenhuiszorg 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. Excellent 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. Dit geldt dus ook als u ziekenhuiszorg krijgt in een ander land dan België of Duitsland.

Of: kiest u voor vergoeding volgens de plaatselijke regels?

Woont u in een EU- of EER-land¹ 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. U moet daarvoor wel een S2-formulier² meenemen naar de zorgverlener. Dat formulier vraagt u bij ons aan. Doet u dat op tijd, voordat de behandeling begint. Wij hebben 5 werkdagen nodig om uw aanvraag te beoordelen.

Vergoedt de aanvullende verzekering de zorg?

Wilt u voor zorg die onder uw aanvullende verzekering valt naar het buitenland? De vergoedingen van de aanvullende verzekeringen en Tandplus 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 Tandplus verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. En Excellent in EU-, EER- en verdragslanden tot 2 keer dat bedrag. Als de zorg in het buitenland duurder is, betaalt u het verschil zelf.

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 vergoeding als u wilt weten bij welke zorgverleners u terecht kunt, en welke andere voorwaarden gelden. Of neem contact op met ons Service Center.

¹ Zie hiervoor: www.pnozorg.nl/zorgadvies/zorg-in-het-buitenland/eueer--en-verdragslanden

² Zie hiervoor: www.pnozorg.nl/vergoedingen/toestemming-vragen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Start	Zorg volgens vergoedingen Start Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Beter	Zorg volgens vergoedingen Beter Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Plus	Zorg volgens vergoedingen Plus Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Optimaal	Zorg volgens vergoedingen Optimaal Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Top	Zorg volgens vergoedingen Top Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Excellent	Zorg volgens vergoedingen Excellent 100% ziekenhuiszorg België en Duitsland Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland <ul style="list-style-type: none">• Ziekenhuiszorg in 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)• 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 Excellent valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag
Buitenland	100% medisch specialist in België en Duitsland, na begeleiding ZorgConsulent Alleen voor zorg in ziekenhuis
Tandplus A	Zorg volgens vergoedingen Tandplus A Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandplus B	Zorg volgens vergoedingen Tandplus B Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandplus C	Zorg volgens vergoedingen Tandplus C Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandplus D	Zorg volgens vergoedingen Tandplus D Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandplus Preventief	Zorg volgens vergoedingen Tandplus Preventief Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

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.

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 Buitenland of Excellent heeft: met de ZorgConsulent
- om toestemming¹ 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 de euro.

Buitenland of Excellent? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Buitenland

Voor Buitenland staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Buitenland bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Excellent heeft. Buitenland 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

Gaat u in het buitenland werken of 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 kunt 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, 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

¹ www.pnozorg.nl/vergoedingen/toestemming-vragen

Buitenland: ziekenhuiszorg in België en Duitsland

Als u naar het ziekenhuis gaat in België of Duitsland.

Wat u vergoed krijgt

Voor medisch-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 geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) 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.

De aanvullende verzekeringen Buitenland en Excellent 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.

Buitenland en Excellent vergoeden ook ziekenvervoer¹ vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis in België of Duitsland, met taxi of auto (maximaal € 0,27 per kilometer).

Waar kunt u 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
- eigen risico dat u moet betalen

Andere vergoedingen

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief uit vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg
Start	Geen vergoeding
Beter	Geen vergoeding
Plus	Geen vergoeding
Optimaal	Geen vergoeding
Top	Geen vergoeding
Excellent	100% medisch specialist in België en Duitsland, na begeleiding ZorgConsulent Alleen voor zorg in ziekenhuis
Buitenland	100% medisch specialist in België en Duitsland, na begeleiding ZorgConsulent Alleen voor zorg in ziekenhuis

¹ Vervoer voor medisch onderzoek of behandeling, als u medisch gezien niet met openbaar vervoer kan

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

De eigen bijdrage

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

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent

Onze ZorgConsulent begeleidt u bij het kiezen van een ziekenhuis in België of Duitsland.

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 Buitenland

Hierboven staan alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Buitenland bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Excellent heeft. Buitenland 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.

Buitenland: 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 Buitenland en Excellent vergoeden deze medisch noodzakelijke repatriëring.

Buitenland en Excellent 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 Buitenland en Excellent de extra vervoerskosten.

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

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 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 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. (...)*”