

ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, stand wetenschap en praktijk, indicatie, marktconform tarief, toezegging

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 202100295

Zittingsdatum : 3 november 2021

1. Partijen

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

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 21 januari 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Op 22 februari 2021 heeft verzoeker per brief zijn standpunt nader toegelicht en aanvullende informatie aan de commissie gezonden.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 april 2021 en 12 april 2021 per e-mail zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Kopieën van deze e-mailberichten zijn op 22 april 2021 aan verzoeker gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Op 14 mei 2021 heeft verzoeker per e-mail gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 21 mei 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.3. Op 16 juni 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021019826) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op aan partijen gestuurd. Gelet op de inhoud van het voorlopig advies is verzoeker gevraagd hierop te reageren.
- 2.4. Verzoeker heeft op 13 september 2021 per brief op het voorlopig advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 13 september 2021 aan de ziektekostenverzekeraar en aan het Zorginstituut gestuurd.
- 2.5. Op 15 oktober 2021 heeft het Zorginstituut een tweede voorlopig advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 oktober 2021 aan verzoeker en de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 november 2021 gehoord.
- 2.7. Partijen zijn na de hoorzitting in de gelegenheid gesteld een schriftelijke reactie te geven. Verzoeker heeft op 16 november 2021 en 3 december 2021 per e-mail gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 december 2021 en 3 december 2021 per e-mail gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de respectieve wederpartijen gezonden.
- 2.8. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 9 december 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 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 samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een behandeling in de Medias Klinikum te Burghausen, Duitsland (hierna: Medias Klinikum) en daarbij een verklaring van de behandelend arts van 5 mei 2020 gevoegd. Hierin is over verzoeker vermeld:
(...) Wie gerade telefonisch besprochen, würden wir bei Ihnen eine regionale Chemotherapie in Form einer isolierten Thoraxperfusion mit Chemofiltration empfehlen. Im Vgl. zu einer systemischen Chemotherapie erreichen wir bis 80fach höhere Konzentrationen, durch die gleichzeitige Blutwasche sind jedoch die Nebenwirkungen wesentlich geringer. Nach zwei Therapien in dreiwöchigem Abstand erfolgt zwei Wochen später ein Kontroll-CT und zusammen mit den Tumormarkern die Beurteilung des Ansprechens. Einen stationären Termin können wir nach der CT gesteuerten Punktion jederzeit vereinbaren. (...)"
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 mei 2020 per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering dekking kunnen bieden voor zorg in Duitsland. Om te kunnen beoordelen of dat ook zo is in het geval van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar een verwijzing, behandelplan en offerte bij hem opgevraagd.
- 3.4. Op 11 mei 2020 heeft verzoeker per e-mail de offerte van de Medias Klinikum aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 mei 2020 per e-mail aan verzoeker meegedeeld:
(...) U heeft bij ONVZ naast uw Vrije Keuze Basisverzekering, deze kent in het buitenland een maximale vergoeding van het in Nederland geldende tarief voor reguliere medische behandelingen. Naast de basisverzekering heeft u ook een aanvullende ONVZ Wereldfitverzekering. De geeft een aanvulling op de Basisverzekering tot kostprijs van de (reguliere) behandeling.

Kosten voor een eventuele Chefartz of Oberartz en de kosten voor een één of tweepersoonskamer komen niet voor vergoeding in aanmerking. Ook de kosten voor begeleiding worden niet vergoed.

Ook is het mogelijk, als het ziekenhuis deze accepteert, om een S2 formulier af te geven. Ons Service Center kan u hier verder over informeren. (...)"
- 3.6. Verzoeker heeft een factuur van de Medias Klinikum bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor een bedrag van € 37.000,-. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar op 21 juli 2020 per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij op 20 mei 2020 per e-mail akkoord heeft gegeven voor de behandeling in de Medias Klinikum tot maximaal het in Nederland geldende tarief, maar dat hij een dergelijke toezegging niet had mogen doen, omdat hij over onvoldoende informatie beschikte. Om die reden wordt verzoeker gevraagd een uitvoerig en gedetailleerd behandelplan toe te zenden.
- 3.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 17 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft en dat alleen op basis van een uitgebreid behandelverslag en gespecificeerde facturen de hoogte van de vergoeding kan worden vastgesteld.
- 3.8. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar hierna nog verschillende keren om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Op 19 augustus 2020, 12 oktober 2020, 15 oktober 2020 en 19 oktober

2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.9. Op 23 oktober 2020, 16 november 2020 en 17 november 2020 heeft verzoeker opnieuw om heroverweging van de beslissing gevraagd en bij die gelegenheid aanvullende informatie van de Medias Klinikum aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Op 24 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail meegedeeld dat aan verzoeker uit coulance een bedrag van € 14.304,50 wordt vergoed. De vergoeding ziet op de volgende kosten:
 "(...)Van de factuur van de periode 14 juni 2020 t/m 7 juli 2020:
 € 1.969,- StopflowKatheter, € 780,- Sonstiges, € 4306,50 (Operation), € 1.000,- Anésthésie en € 3500,- Roche Foundation One Liquid.

Van de factuur van 12 juni 2020 is € 1.969,- Stopflow-Katheter en € 780,- Sonstiges vergoed. De overige afgewezen kosten van € 42.502,- zijn éénpersoons oftweepersoonskamerkosten en Chefartzkosten. (...)"

Verder is aan verzoeker meegedeeld dat eventuele behandelingen die na 24 november 2020 in de Medias Klinikum zullen plaatsvinden niet onder de coulancregeling vallen.

- 3.10. Verzoeker heeft verschillende keren om heroverweging van laatstgenoemde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 december 2020 en 11 januari 2021 per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.11. Op 16 juni 2021 heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies verklaard:
"(...) Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is het onduidelijk waar het geschil precies betrekking op heeft. Verweerder biedt een coulance vergoeding aan, de kosten voor een één- of tweepersoonskamer en de Chefartzkosten vallen buiten dit aanbod. Het is onduidelijk of het geschil betrekking heeft op de kosten die niet worden gedekt door de coulancregeling of dat het gaat om een vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Om te kunnen beoordelen of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de behandeling in Duitsland ten laste van de basisverzekering dient beoordeeld te worden of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling. Vervolgens kan beoordeeld worden of de Chefartzkosten en de kosten voor een één- of tweepersoonskamer ook voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering. Het dossier bevat echter onvoldoende informatie over de uitgevoerde behandeling om te kunnen beoordelen of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling.

Nader onderzoek

Ten eerste dient gespecificeerd te worden waar het geschil precies betrekking op heeft. Indien het geschil betrekking heeft op een vergoeding ten laste van de basisverzekering dient nadere informatie over de uitgevoerde behandeling en indicatie van verzoeker te worden toegevoegd aan het dossier.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert nader onderzoek te laten uitvoeren met inachtneming van het bovenstaande. (...)"

- 3.12. Bij brief van 15 oktober 2021 heeft het Zorginstituut in het tweede voorlopige advies het volgende verklaard:
"(...) De vraag in geschil is of 'regionale chemotherapie met geïsoleerde thoraxperfusie bij (niet resectabele) longmetastasen van rectumcarcinoom' voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De medisch adviseur van verzoeker beredeneert dat thoraxperfusie chemotherapie duidelijke verbetering heeft gebracht bij mesothelioom (longvlieskanker) dat middels gangbare chemotherapie niet behandelbaar was en dat, omdat ook het rectumcarcinoom waaraan verzoeker lijdt moeilijk toegankelijk is voor chemotherapie, de Duitse kliniek dezelfde rationale heeft gebruikt als voor mesothelioom. De behandelend hoogleraar in Duitsland geeft aan dat op dit moment onafhankelijk[e] wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt. Uit de brief van (de advocaat van) verzoeker is op te maken dat deze dit onderkent, maar andere redenen ziet waarom verweerder de behandeling zou moeten vergoeden. Zoals de medisch adviseur van verzoeker stelt: "In die zin kan naar mijn mening ook gesproken van een soort morele plicht bij verzekeraars om - uiteraard als

daar voldoende medische aanleiding voor bestaat, waarvan in dit geval sprake is - medewerking te verlenen aan trials en studies, zodat op enig moment het nut van innovatieve behandeling bewezen kan worden."

Relatieve effectiviteit van een interventie

Wat er in het basispakket zit, wordt voor alle verzekerde zorg begrenst door 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Alleen zorg die als effectief wordt beschouwd, maakt onderdeel uit van het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Daarvoor geldt dat het niet gaat om de vraag of de zorg bij een individuele patiënt effectief is, maar of de zorg bij een bepaald indicatiegebied effectief is. Deze vraag moet, gezien de wettelijke formulering, beantwoord worden aan de hand van het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Voor het bepalen van 'de stand van de wetenschap en praktijk' gaat het Zorginstituut na of het behandelbeleid (diagnostiek, behandeling), gelet op de gunstige en de ongunstige gevolgen ervan (bijwerkingen, veiligheid), leidt tot relevante (meer)waarde voor de patiëntengroep in vergelijking met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. Anders gezegd: Is de 'netto toevoeging' van de te beoordelen interventie in vergelijking met de al bestaande zorg een gewenste, relevante toevoeging en groot genoeg, en heeft het Zorginstituut er voldoende vertrouwen in dat deze toevoeging ook daadwerkelijk optreedt? Het gaat ons dus om de zogenoemde relatieve effectiviteit van een interventie.

Afwijzingsgrond verweerder

Verweerder heeft vergoeding afgewezen omdat sprake is van ondoelmatige zorg welke niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ter onderbouwing verwijst verweerder naar [het] standpunt van het zorginstituut over chemoembolisatie (TACE) en / of laser geïnduceerde thermotherapie (LITT) bij colorectale levermetastasen. Dit standpunt past niet bij de interventie - indicatie combinatie die in huidige geschil voorligt.

In het oorspronkelijke dossier is echter ook terug te vinden dat de medische dienst van verweerder over 'regionale chemotherapie longmetastasen middels thoraxperfusie' aangeeft dat er geen evidence over is bij niet resectabele longmetastasen bij colorectaalcarcinoom, maar dat er wel een fase II studie is bij resectabele longmetastasen. Dit betreft een artikel van Beckers PAJ, Versteegh MIM, Van Brakel TJ, et al. Trial of isolated lung perfusion in patients with lungmetastases. Ann ThoracSurg 2019;108(1):167-74. Verdere onderbouwing of uitleg over gebruikte zoektermen is niet in de dossiers terug te vinden.

Stand van wetenschap en praktijk

Zorginstituut Nederland heeft daarom op 1 oktober 2021 een oriënterende literatuur search gedaan in Medline (PubMed). Dit leverde 18 resultaten op waarvan 4 mogelijke relevant voor deze zaak:

1. Beckers PAJ, Versteegh MIM, Van Brakel TJ, et al. Multicenter Phase II Clinical Trial of Isolated Lung Perfusion in Patients With Lung Metastases. Ann ThoracSurg. 2019 Jul;108(1):167-174.
2. Den Hengst WA, Hendriks JM, Balduyck B, et al. Phase II multicenter clinical trial of pulmonary metastasectomy and isolated lung perfusion with melphalan in patients with resectable lung metastases. JThoracOncol. 2014 Oct;9(10): 1547-53.

3. Den Hengst WA, Van Putte BP, Hendriks JM, et al. Long-term survival of a phase I clinical trial of isolated lung perfusion with melphalan for resectable lung metastases. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2010 Nov;38(5):621-7.

4. Hendriks JM, Grootenboers MJ, Schramel FM, et al. Isolated lung perfusion with melphalan for resectable lung metastases: a phase I clinical trial. *Ann Thorac Surg.* 2004 Dec;78(6):1919-26; discussion 1926-7.

Alle publicaties betreffen niet vergelijkend onderzoek naar haalbaarheid, werking en veiligheid. Geen van de studies onderzoeken de relatieve klinische effectiviteit. Bovendien zijn er geen studies gevonden naar thoraxperfusie bij irresectabele longtumoren.

Daarnaast is gezocht in (internationale) richtlijnen of 'isolated lung perfusion' als behandel optie wordt genoemd. In de Nederlandse MDL richtlijnen en in de richtlijndatabase van de FMS is hierover niets te vinden. Ook in de ESMO guideline colorectal M+ noch in de ESSO (european society of surgical oncology) (essoweb.org) en de European Society of Thoracic Surgeons (ests.org) richtlijnen komt het voor.

Op basis van de gevonden wetenschappelijke literatuur en richtlijnen is niet aangetoond dat 'regionale chemotherapie met geïsoleerde thoraxperfusie bij (niet resectabele) longmetastasen van rectumcarcinoom' voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze uitkomst bevestigt de beoordeling van verweerder en wordt ondersteunt door de kanttekeningen van behandelend hoogleraar in Duitsland.

Conclusie

Het Zorginstituut kan zich vinden in de conclusie van verweerder dat 'regionale chemotherapie met geïsoleerde thoraxperfusie bij (niet resectabele) longmetastasen van rectumcarcinoom' niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten die door de Medias Klinikum bij hem in rekening zijn gebracht te vergoeden op grond van de zorgverzekering, de aanvullende ziektekostenverzekering, dan wel op basis van de door de ziektekostenverzekeraar gedane toezegging.

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 voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneeskundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ook zijn hierin de van belang zijde bepalingen vermeld uit de Europese Verordening nr. 883/2004. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker is in 2019 onder behandeling geweest in het CWZ-ziekenhuis te B voor darmkanker. Na onderzoek kwam men tot de conclusie dat verdere behandeling geen zin meer had en dat aan verzoeker alleen nog palliatieve zorg kon worden geboden. Verzoeker kon zich hierin niet vinden en heeft zich om die reden tot de Medias Klinikum gewend. Voorafgaand aan de behandeling aldaar heeft verzoeker zich tot de ziektekostenverzekeraar gewend om te informeren naar de vergoeding hiervan. De ziektekostenverzekeraar heeft hem hierover geïnformeerd met het e-mailbericht van 20 mei 2020. Verzoeker is vervolgens de behandeling gestart, waarvan de kosten inmiddels de € 100.000,- hebben overstegen. De ziektekostenverzekeraar is slechts bereid een deel van de kosten, te weten een bedrag van € 14.304,50, te vergoeden. Volgens de ziektekostenverzekeraar hoeven de kosten van de behandeling(en) die zijn uitgevoerd door een 'Chefarzt/Oberarzt' niet vergoed te worden en vallen ook de kosten van een een- of tweepersoonskamer niet onder de dekking van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering. Beide restricties zijn volgens verzoeker in strijd met de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en onredelijk. Tijdens zijn behandeling/opname in het CWZ-Ziekenhuis heeft verzoeker ook op een eenpersoonskamer gelegen en heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten daarvan vergoed. Volgens verzoeker is de ziektekostenverzekeraar dan ook gehouden de verblijfskosten in de Medias Klinikum te vergoeden, dan wel tenminste een vergoeding toe te kennen zoals die in Nederland geldt. Ook dient de ziektekostenverzekeraar de zorg te vergoeden waarbij een 'Chefarzt/Oberarzt' is betrokken. Dit is niet meer dan het hoofd van een bepaalde afdeling. Als wordt aanvaard dat de kosten voor zorg waarbij een dergelijke arts is betrokken niet hoeft te worden vergoed, zou dit impliceren dat zorg uitsluitend mag worden verleend door een 'algemene' arts en niet door een specialist. Een dergelijke restrictie bestaat in Nederland ook niet, dus verzoeker ziet niet in waarom deze restrictie wél voor zorg in het buitenland zou gelden.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. Er is op 20 mei 2020 aan verzoeker ten onrechte een toezegging gedaan over de vergoeding van de behandeling(en) in de Medias Klinikum. Op dat moment was namelijk nog onvoldoende duidelijk welke zorg er precies zou plaatsvinden. Bij het beoordelen van de thans beschikbare informatie is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat de behandeling(en) niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering om die reden geen dekking bieden. Omdat echter toch een toezegging is gedaan, is besloten een deel van de kosten te vergoeden. Slechts een deel van de kosten, omdat van meet af aan duidelijk is gecommuniceerd dat de kosten voor de inzet van een 'Chefarzt/Oberarzt' en de kosten van een één- of tweepersoonskamer niet vergoed zouden worden. Verder wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat verzoeker aanvankelijk toestemming heeft gevraagd voor een bepaalde behandeling, maar dat hierop volgend ook andere behandelingen hebben plaatsgevonden. Hiervoor heeft verzoeker geen toestemming gevraagd of verkregen, zodat deze zorgkosten ook niet hoeven te worden vergoed.

Overwegingen commissie

Europese verordening en zorgverzekering

- 6.4. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, afgereisd om daar regionale chemotherapie met geïsoleerde thoraxperfusie bij (niet resectabele) longmetastasen van rectumcarcinoom te ondergaan. In deze situatie is sprake van planbare zorg en hierop ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 (hierna: de Verordening). Volgens dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg op grond van de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat, onder de voorwaarde dat de betreffende vorm van zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Voorts geldt dat voorafgaand aan de zorg toestemming moet zijn gevraagd aan de zorgverzekeraar. Als deze toestemming niet is gevraagd, blijft de Verordening buiten

beschouwing, tenzij sprake is van bijzondere omstandigheden als bedoeld in de jurisprudentie van het Europese Hof.

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft het standpunt ingenomen dat de zorg die verzoeker in Duitsland heeft ondergaan niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en om die reden niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. De beoordeling van dit standpunt betreft zowel de toepasselijkheid van de Verordening als van de zorgverzekering in het onderhavige geval. Om die reden zal de commissie eerst beoordelen of toepassing van regionale chemotherapie met geïsoleerde thoraxperfusie bij (niet resectabele) longmetastasen van rectumcarcinoom voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt bij haar beoordeling 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 gevraagd om een advies over de vraag of regionale chemotherapie met geïsoleerde thoraxperfusie bij (niet resectabele) longmetastasen van rectumcarcinoom overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. 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 de zorg beoordeeld die in geschil is. Het advies van 15 oktober 2021 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie is dat regionale chemotherapie met geïsoleerde thoraxperfusie bij (niet resectabele) longmetastasen van rectumcarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut baseert deze conclusie op het literatuuronderzoek dat hij heeft verricht en de nationale en internationale richtlijnen van de beroepsgroep die hij heeft geraadpleegd.
- 6.10. Hetgeen verzoeker en de medisch adviseur die door hem is ingeschakeld hebben verklaard, is voor de commissie onvoldoende om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Daarbij neemt de commissie in overweging dat het Zorginstituut in zijn advies van 15 oktober 2021 specifiek is ingegaan op de standpunten van de medisch adviseur en dat wordt toegelicht waarom het Zorginstituut deze niet kan volgen. Om die reden neemt de commissie de conclusie uit het advies - te weten dat regionale chemotherapie met geïsoleerde thoraxperfusie bij (niet resectabele) longmetastasen van rectumcarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk - over. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de kosten die door de Medias Klinikum bij verzoeker in rekening zijn gebracht te vergoeden ten laste van de zorgverzekering en dat de toestemming op grond van de Verordening verzoeker terecht werd onthouden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.11. De verzekering ONVZ Wereldfit biedt dekking voor medisch specialistische zorg in het buitenland, mits is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering én die verzekering niet de volledige kosten dekt. Zoals hiervoor is overwogen wordt aan de eerstgenoemde voorwaarde niet voldaan, zodat op grond van de verzekering ONVZ Wereldfit geen aanspraak op vergoeding bestaat. De verzekering ONVZ Vrije Keuze Topfit biedt geen dekking voor medisch specialistische zorg. Dit betekent dat het verzoek niet kan worden toegewezen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Toezegging

- 6.12. Tussen partijen is niet in geschil dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een toezegging heeft gedaan per e-mail op 20 mei 2020 over de vergoeding van de zorgkosten die verzoeker in Duitsland heeft gemaakt. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat deze toezegging inhoudt dat de zorgkosten die verzoeker tussen 20 mei 2020 en 25 november 2020 heeft gemaakt worden vergoed, met uitzondering van de kosten die zien op de inzet van een 'Chefarzt/Oberarzt' en de kosten die samenhangen met het verblijf op een een- of tweepersoonskamer. Verzoeker heeft op 30 december 2020 per e-mail alle facturen die hij van de Medias Klinikum heeft ontvangen aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Hieruit is af te leiden dat een totaalbedrag van € 162.200,50 bij verzoeker in rekening is gebracht. Hieronder valt tevens de factuur van 13 december 2020 voor een bedrag van € 19.250,-. Aangezien de desbetreffende factuur ziet op zorgkosten die ná 24 november 2020 zijn gemaakt, valt deze buiten de gedane toezegging. Dit betekent dat verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een bedrag van totaal € 142.950,50 vordert en dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd dit bedrag te vergoeden, behoudens de kosten voor de inzet van een 'Chefarzt/Oberarzt' en verblijf op een één- of tweepersoonskamer.
- 6.13. Partijen zijn na de hoorzitting in de gelegenheid gesteld te duiden welke onderdelen van de facturen zien op de inzet van een 'Chefarzt/Oberarzt' of een een- of tweepersoonskamer. Hierover verschillen partijen van mening. Verzoeker heeft aangevoerd dat op de facturen een zogenoemd 'Pausschaal' bedrag is vermeld van € 3.000,- als vergoeding voor de werkzaamheden van de betrokken 'Chefarzt/Oberarzt'. Welk bedrag exact ziet op de werkzaamheden die deze arts heeft verricht volgt niet uit de factuur en kon niet nader worden geduid door de Medias Klinikum. De kliniek acht een verdeling van 2/3 - 1/3 echter redelijk, waardoor per factuur een bedrag van € 1.000,- niet kan worden gezien als kosten voor de inzet van een 'Chefarzt/Oberarzt' en deze kosten voor vergoeding in aanmerking dienen te komen. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat op de facturen, waarmee een bedrag van € 19.250,- in rekening wordt gebracht, diverse bedragen staan die buiten discussie staan, zoals: materiaalkosten, kosten anesthesist, door derden verrichte diensten en diverse goederen en werkzaamheden. Voorts geldt dat voor het verblijf een bedrag van € 950,- is vermeld, maar hiervan slechts € 120,- ziet op het verblijf in een één- of tweepersoonskamer. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat op de facturen van € 19.250,- een bedrag van € 5000,- is vermeld voor de inzet van een 'Chefarzt/Oberarzt' en dat deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Voorts blijkt uit de genoemde facturen dat een bedrag van € 11.501,- in rekening is gebracht voor "Fallpauschale Einbettzimmer" ofwel een vaste eenpersoonskamer en dat een bedrag van € 120,- in rekening is gebracht voor "Wahlleistungszuschlag", ofwel een optionele servicetoeslag. Ook deze kosten komen volgens de ziektekostenverzekeraar niet voor vergoeding in aanmerking.
- 6.14. De commissie overweegt dat met de facturen van 25 mei 2020, 12 juni 2020, 4 augustus 2020 en 23 september 2020 telkens een bedrag van € 19.250,- in rekening is gebracht in verband met "Fallpauschale für regionale Chemotherapie (RCT) + Chemofiltration". Uit de specificatie bij deze facturen is op te maken op welke wijze de nota is opgebouwd. Een bedrag van € 11.501,- is in rekening is gebracht voor een "Fallpauschale Einbettzimmer" ofwel een eenpersoonskamer. Deze kosten komen niet voor vergoeding in aanmerking. Hetgeen

verzoeker heeft aangevoerd, met name dat slechts een deel van de kosten ziet op (meer)kosten voor een eenpersoonskamer, treft geen doel. Vast staat dat verzoeker op een eenpersoonskamer heeft verbleven en dat de hiermee samenhangende kosten zijn uitgesloten van vergoeding.

Uit de specificatie is verder op te maken dat een bedrag van € 5000,- in rekening is gebracht voor "Privatärztliche Leistungen". Tussen partijen is niet in geschil dat een deel van dit bedrag (van € 3.000,-) ziet op de inzet van een 'Chefarzt/Oberarzt'. Dat volgens verzoeker slechts 2/3e van dit bedrag ziet op de inzet van een 'Chefarzt/Oberarzt' is door hem niet onderbouwd of aannemelijk gemaakt, zodat de commissie deze stelling passeert. Dit bedrag (€ 3.000,-) komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking. De kosten die zien op de inzet van een anesthesist (€ 1.500,-) en overige disciplines (€ 500,-) komen wél voor vergoeding in aanmerking. Het is niet gebleken dat deze kosten zijn gemaakt in verband met de inzet van een 'Chefarzt/Oberarzt'.

Over de zorgkosten die verder op de specificatie zijn vermeld, is door partijen niets opgemerkt, zodat de commissie als vaststaand aanneemt dat hierover geen geschil bestaat.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden op basis van de vier voornoemde facturen van elke € 19.250,- een bedrag van totaal € 18.996,-, ofwel 4 x € 4.749,- (= € 19.250 minus € 11.501,- minus € 3000,-), te vergoeden.

- 6.15. Met de factuur van 10 juli 2020 is een bedrag van € 37.556,50 in rekening gebracht. Uit de specificatie van de factuur volgt dat dit bedrag voor een deel ziet op een "Fallpauschale für regionale Chemotherapie (RCT) + Chemofiltration" en dat hiervoor - net als bij voornoemde facturen - een bedrag van € 19.250,- in rekening is gebracht. Zoals hiervoor is overwogen, dient de ziektekostenverzekeraar hiervan een bedrag van € 4.749,- te vergoeden.

Uit de specificatie van de factuur volgt verder dat een bedrag van € 9.500,- in rekening is gebracht als "Daily Nursing Charge". Uit de beschrijving volgt dat deze kosten zien op het verblijf op een eenpersoonskamer. Zoals hiervoor reeds is overwogen, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorts blijkt uit de specificatie dat kosten in rekening zijn gebracht voor een operatie op 30 juni 2020 (€ 4.306,50), anesthesie (€ 1.000,-) en "Roche Foundation One Liquid" (€ 3.500,-). Gesteld noch gebleken is dat deze kosten samenhangen met de inzet van een 'Chefarzt/Oberarzt' of het verblijf op een één- of tweepersoonskamer, zodat de ziektekostenverzekeraar deze kosten dient te vergoeden.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden op basis van de voornoemde factuur een bedrag van totaal € 13.555,50 (= € 4.749,- plus € 4.306,50 plus € 1.000,- plus € 3.500,-) te vergoeden.

- 6.16. Met de factuur van 1 oktober 2020 is een bedrag van € 2.484,- in rekening gebracht. Gesteld noch gebleken is dat de in rekening gebrachte zorgkosten zien op de inzet van een 'Chefarzt/Oberarzt' of dat deze zien op verblijf op een één- of tweepersoonskamer, zodat de ziektekostenverzekeraar is gehouden deze kosten geheel te voldoen.

- 6.17. Met de factuur van 6 november 2020 is een bedrag van € 25.910,- in rekening gebracht. Deze factuur ziet voor een deel op een "Fallpauschale für regionale Chemotherapie (RCT) + Chemofiltration" en hiervoor is - net als bij voornoemde facturen - een bedrag van € 19.250,- in rekening gebracht. Zoals hiervoor is overwogen dient de ziektekostenverzekeraar hiervan een bedrag van € 4.749,- te voldoen.

Voor het overige deel ziet de factuur op een operatie en de daarmee samenhangende anesthesie op 19 oktober 2020 en 20 oktober 2020 (totaal: € 6.660,-). Gesteld noch gebleken is dat deze zorgkosten samenhangen met de inzet van een 'Chefarzt/Oberarzt', of verblijf op één- of tweepersoonskamer zodat de ziektekostenverzekeraar deze kosten dient te voldoen.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden van de voornoemde factuur een bedrag van totaal € 11.409,- (= € 4.749,- plus € 6.660,-) te vergoeden.

- 6.18. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker een bedrag van totaal € 46.444,50 te vergoeden in verband met de zorgkosten die verzoeker heeft gemaakt in de Medias Klinikum in de periode van 20 mei 2020 tot en met 24 november 2020;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 20 januari 2022,

A.I.M. van Mierlo

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>)

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 gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

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. (...)*”

Vergoeding bij overlijden

Bij overlijden van verzekerde tijdens een reis vergoeden wij:

- de kosten van uitvaart in het land van overlijden, en de heen- en terugreis daarvoor van familieleden in de 1e of 2e graad, samen tot maximaal € 7.500. Of in plaats daarvan, vervoer van het stoffelijk overschot naar een land dat de nabestaanden kiezen (geen maximumbedrag)
- de extra kosten van vervoer voor verzekerde reisgenoten in verband met de terugreis. En de extra kosten van hun verblijf tot en met de dag van repatriëring van het stoffelijk overschot of de dag na de uitvaart, met een maximum van 30 dagen
- vervoer en verblijf voor maximaal 7 dagen van 2 familieleden in de 1e of 2e graad naar de plaats van opbaren, inclusief terugreis
- vervoer en verblijf voor maximaal 7 dagen van 1 persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan, inclusief terugreis

Bij overlijden van een verzekerde reisgenoot vergoeden wij:

- de extra kosten van vervoer en verblijf, met een maximum van 30 dagen

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf.

Voorziene zorg

1. Ziekenhuiszorg in België en Duitsland

Wij vergoeden de kosten van medisch-specialistische zorg volgens de vergoeding Medisch specialist van de basisverzekering, die is verleend in een ziekenhuis in België of Duitsland. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag van het land waar de behandeling plaatsvindt. De vergoeding volgens de basisverzekering maakt hiervan deel uit.

Wij vergoeden niet:

- inzet van een Chefarzt (Duitsland) en ereloon (supplementen) (België) of kosten die daarmee te maken hebben
- alternatieve zorg
- het eigen risico dat u moet betalen

U moet voor de behandeling begint contact opnemen met onze ZorgConsulent. Die begeleidt u bij uw keuze voor een zorgverlener.

De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

2. Ziekenvervoer

Vergoeden wij een behandeling volgens 1? Dan vergoeden wij daarbij ook het ziekenvervoer vanaf uw woonadres naar het ziekenhuis in België of Duitsland in Nederland en terug, maar alleen als u zelf passagier bent.

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 (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 onze ZorgConsulent en voor spoedeisende zorg met onze alarmcentrale Zorgassistance.

Een second opinion kan ook

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

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

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.onvz.nl/zelf-regelen/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

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

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg¹
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

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

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (ZBC²)
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

Andere vergoedingen

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

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

¹ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

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

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 mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische 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 opname alleen bij verzekerde zorg

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

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Let op bij opname in het buitenland

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

Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

Wat u vergoed krijgt

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

De **basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis⁴ heeft
2. verminkingen⁵ door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslapte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: een lip-, kaak- en gehemeltepleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek, misvorming van urinewegen en geslachtsorganen
8. behandeling van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

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.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

⁴ Voorbeeld: u kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken

⁵ Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan 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 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 de euro.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) 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 (voorziene) zorg in het buitenland. Dus zorg die u niet meteen hoeft te krijgen, maar die gepland kan worden. Voor zorg die u wel meteen nodig heeft, geldt de vergoeding 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 Wereldfit en Superfit 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. 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. 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 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.

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.onvz.nl/vergoedingen/zorg-in-het-buitenland/verdragslanden-voor-zorg

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-niet-spoedeisende-zorg-buitenland

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Zorg volgens vergoedingen Startfit Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Extrafit	Zorg volgens vergoedingen Extrafit Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Benfit	Zorg volgens vergoedingen Benfit Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Zorg volgens vergoedingen Optifit Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Zorg volgens vergoedingen Topfit Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit 100% ziekenhuiszorg België en Duitsland Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland • Ziekenhuiszorg in België of Duitsland 100%, 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 Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag
Wereldfit	100% medisch specialist in België en Duitsland, na begeleiding ZorgConsulent Alleen voor zorg in ziekenhuis
Tandfit A	Zorg volgens vergoedingen Tandfit A Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit B	Zorg volgens vergoedingen Tandfit B Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit C	Zorg volgens vergoedingen Tandfit C Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit D	Zorg volgens vergoedingen Tandfit D Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit Preventief	Zorg volgens vergoedingen Tandfit 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 Wereldfit of Superfit 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.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

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 Zie hiervoor: 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 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 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.

Wereldfit en Superfit 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

Superfit 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
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	100% medisch specialist in België en Duitsland, na begeleiding ZorgConsulent Alleen voor zorg in ziekenhuis
Wereldfit	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 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 deze medisch noodzakelijke repatriëring.

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 kilometer, vliegreis economy class. En voor verblijf: € 150 per dag.