



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ONZV Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten
en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, operatie aan de rug, indicatie, doelmatigheid
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202000616
Zittingsdatum : 22 juli 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, 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 5 maart 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 5 juni 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 11 juni 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 14 juli 2020 heeft Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020026736) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 14 juli 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 juli 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 15 september 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Startfit en ONVZ Wereldfit (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 19 september 2018 heeft de behandelend radioloog in over verzoekster verklaard:
"(...) *Sagittale (van R naar L) en transversale T2 en T1 gewogen TSE, en coronale T2 3D, zonder IV gadolinium.*

Lumbale hyperlordose. Status na spondylodese en transpediculaire schroeffixatie L4-L5, met een normaal signaal rondom het materiaal. Spondyliscartrose met Modic type 2 veranderingen op de overige lumbale niveaus. Er is ook wat bulging op onder meer L2-L3 en L5-S1. Laaglumbaal belangrijke facetartrose. De recessi worden licht vernauwd op L2-L3 en L5-S1 beiderzijds. Geen kanaalstenose. Geen tekenen van spondylodiscitis. Hemangioom in corpus Th11, niet relevant. Belangrijke rugspieratrofie.

Conclusie:

PLIF L4-L5. Lichte recessusvernauwing L2-L3 en L5-S1. Geen kanaalstenose. (...)"

- 3.3. Op 25 september 2018 heeft de behandelend arts in Duitsland over verzoekster verklaard:
*"(...) Operatie indicatie: Progressieve rad. klachten L2/L3 en L1/L2 bij een status na Rigide Spondylodese L4/L5.
O/Concentrische functie beperking LWK met dysesthesie over de Dermatomen L1 ,L2 en L3 rechts meer dan links.
Mot.: M.Quadriceps zwakte rechts > links (Re.: 3/4 en links 4/5)
MRL: Forse Foramenstenosen op L1/L2 en L2/L3 en in mindere mate op L5/S1. bds.
Recessus stenose bds. op genoemde niveau's met compromittering van de uitgaande wortels.*

Behandelplan: klinische opname over meerdere dagen met operatie. Decompressie L1/L2 en L2/L3 met dorsale stabilisatie. (...)"
- 3.4. Op 12 december 2018 heeft de behandelend neurochirurg in over verzoekster verklaard:
*"(...) Op 30-11-2018 werd bovengenoemde patiënte gezien in onze kliniek. Zoals u weet werd ze 5 jaar geleden geopereerd aan een spondylodese L4-L5 wat gedurende 1 jaar een vermindering van de pijn te weeg gebracht heeft. Momenteel echter weer toenemende pijnklachten met verstijving in de lage rug. Mevrouw heeft op advies van een arts in Duitsland een MRI laten uitvoeren in het MRI-centrum. Deze toont een goede positief van het spondylodese materiaal op L4-L5, maar duidelijke degeneratieve discopathie op de bovenliggende tussenwervelschijven.
Mijn inziens is er geen verdere chirurgische indicatie te stellen. Ik denk dat ze vooral dient te streven naar een goed evenwicht tussen belasting en belastbaarheid. (...)"*
- 3.5. Op 12 december 2018 heeft de huisarts ten behoeve van verzoekster een verwijzing opgesteld naar de behandelend arts in Duitsland.
- 3.6. Op 1 februari 2019 heeft verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een operatie aan de rug in de Sano-Vital Klinik te Münster, Duitsland.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 maart 2019 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.8. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 13 maart 2019 en 25 juni 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.9. Verzoekster heeft de gewenste ingreep op 14 mei 2019 in Duitsland ondergaan. In het operatieverslag is vermeld:
*"(...) Operatie indicatie :
Status na rigide spondylodese L4/L5 met intervertebrale Cages met Pedikelschroef-staaf stabilisatie. Progressieve klachten lage rug met rad.complex L3/L4 vnl. links. MRI: Goede stand Spondylodese materiaal op L4/L5. Spinaal kanaal en Recessus stenose L3/L4; nieuw ontstane Discus herniatie op L3/I4 preforaminaal met wortel beïnvloeding.*

Operatie verrichting : Ruime decompressie L3/L4 met vnl. Recessus verwijding en Foraminotomie en aansluitende Stabilisatie L3/L4 met IT Peek implantaat.

*Operatie verslag:
Operateur: [naam] Anaesthesie : [naam]
Patiënte in buikligging. Mediane incisie L3-L5. Afschuiven van de spiermantel van de bogen van L3/L4 en L5. Een deels verkalkte dikke littekenmassa moet zorgvuldig worden verwijderd op L4/L5. De laterale recessus moet worden verwijderd waarna de afgaande wortel L4 transforaminaal weer vrij loopt. Op L3/L4 wordt een deel resectie van de bogen van L3 en L4 verricht met deel resectie van het mediale aspect van de beide Facet gewrichten. De pre foraminaal gelegen nieuw ontstane discus protrusie kan worden verwijderd waarna de duidelijk gestuwde, afgaande wortel transforaminaal vrijloopt. Wegens de duidelijke instabiliteit van het beweging segment L3/I4 wordt een dorsale*

interspineuse spondylodese verricht door het plaatsen van een PEEK IT 10 mm Gage. Rö.: goede stand implantaat en goede distractie van L3/L4. Na zorgvuldige haemostais en spoeling wordt onder achterlaten van 2 redondrians de incisie in lagen gesloten. (...)"

3.10. Op 14 juli 2020 heeft het Zorginstituut verklaard:

(...) Stand van de wetenschap en praktijk

Onder bepaalde voorwaarden voldoet de toegepaste zorg aan stand van wetenschap en praktijk, bij ontbreken van die voorwaarden niet.

Ten tijde van de operatie was de richtlijn 'Lumbosacraal radiculair syndroom' van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, ook geautoriseerd door de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie, van toepassing. Deze richtlijn geeft als aanbeveling over de timing van de operatieve ingreep: "Het verdient aanbeveling de patiënt vroeg te informeren over de voor- en nadelen van operatieve en conservatieve behandeling en uitdrukkelijk de keuze aan de patiënt te laten. Een in opzet conservatieve behandeling verdient in de eerste drie maanden in het algemeen de voorkeur, terwijl in de daarop volgende drie maanden de tendens steeds sterker naar operatie zal zijn bij aanhoudende of toenemende pijnklachten. Het caudasyndroom is een indicatie voor een spoedinterventie. Bij een progressieve parese kan een spoedoperatie worden overwogen."

Daarnaast wordt een aantal overwegingen meegegeven, die tot de aanbeveling hebben geleid: "De winst van chirurgie ligt met name in het korte-termijneffect van significant snellere pijnreductie. Op basis van de beschikbare kennis dient de patiënt ook een stem te hebben in zijn keuze van behandeling." En verder: "Wat betreft de 'timing of surgery' is er inmiddels sprake van een internationale consensus om bij voorkeur pas in te grijpen bij 16-20 weken beenpijn. In geval van ondraaglijke niet op medicatie reagerende beenpijn verdient het echter nog steeds de voorkeur zo snel mogelijk over te gaan tot chirurgische interventie. In individuele gevallen kan worden afgeweken van deze algemene tendens waarbij persoonlijke omstandigheden, psychosociale factoren en voorkeuren van de patiënt een rol spelen. Belangrijk is patiënten te voorzien van realistische informatie met betrekking tot de verschillende herstelkansen van LRS in de tijd en hen in staat te stellen om een individuele keuze te maken met betrekking tot het moment van operatie ten opzichte van een langer afwachtend beleid. Daar een voorkeur voor vroege of late operatie niet goed of slecht is, is de keuze aan de goed geïnformeerde patiënt in plaats van aan de arts."

Het is onduidelijk of in het geval van verzoekster sprake was van spoedeisendheid. Ook is onduidelijk of de 'nieuw ontstane discushernia L3-L4' peroperatief is gediagnostiseerd of nog vóór de operatie. Uit het dossier blijkt niet dat verzoekster is geïnformeerd over de voor- en nadelen van operatieve en conservatieve behandeling en uitdrukkelijk de keuze gelaten is. Ook blijkt niet dat sprake was van door deze hernia veroorzaakte ondraaglijke niet op medicatie reagerende beenpijn. Beenpijn wordt niet genoemd in het dossier. Uit de summiere gegevens over de klachten van verzoekster lijken de klachten sinds 2018 eigenlijk onveranderd en gelijkend op de klachten waarvoor de eerste operatie heeft plaatsgevonden.

Spondylodese

Tijdens de operatie is aanvullend een spondylodese uitgevoerd. Het Zorginstituut heeft in eerdere geschillen aangegeven dat een indicatie voor spondylodese aanwezig is als er instabiliteit van de wervelkolom bestaat of instabiliteit dreigt als gevolg van decompressie (laminectomie). Er zijn internationaal en nationaal duidelijke indicaties geformuleerd voor spondylodese, namelijk instabiliteit in de wervelkolom en het afglijden van de ene wervel t.o.v. de andere (spondylolisthesis). Onder instabiliteit wordt verstaan dat de wervels onvoldoende onderling verband met elkaar hebben en dus min of meer los van elkaar liggen. Dit kan een gevolg zijn van een fractuur of een tumor. Er bestaat discussie of ook van instabiliteit gesproken kan worden als er een verhoogde beweeglijkheid is in de wervelkolom als gevolg van slijtage van de lage rug (verouderingsproces / degeneratieve veranderingen). Het is nog onvoldoende duidelijk of dit als oorzaak van chronische pijn kan worden aangemerkt en of chirurgische behandeling is aangewezen.

Bovenstaande betekent dat in beginsel de peroperatief geconstateerde instabiliteit na het uitvoeren van de laminectomieën effectieve zorg kan zijn. Wel is merkwaardig dat bij de eerder (september 2018) gestelde indicatie 'Progressieve rad. klachten L2/L3 en L1/L2 o.b.v. Foramenstenosen op L1/L2 en L2/L3 en in mindere mate op L5/S1. bds. alsmede Recessus stenose bds. op genoemde niveau's met compromittering van de uitgaande wortels' - waarvoor uiteindelijk dus niet deze operatie is uitgevoerd - in het behandelplan ook al een dorsale stabilisatie werd voorgesteld, maar dan op de niveaus L1-L2 en L2-L3. Op dat moment tot aan de operatie blijkt nergens uit het dossier dat sprake was van instabiliteit.

Indicatie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzoekster een indicatie heeft voor de operatie in geschil. Pas in het operatieverslag beschrijft de chirurg in Duitsland dat sprake is van 'Spinaal kanaal en Recessus stenose L3/L4; nieuw ontstane Discus hernatie op L3/L4 preforaminaal met wortel beïnvloeding'. Bij de daaraan voorafgaande documentatie was sprake van een geheel andere indicatie, waarvoor de chirurg een volgens hem daarbij passend behandelplan had opgesteld, namelijk 'Decompressie L1/L2 en L2/L3 met dorsale stabilisatie.' De indicatie hiervoor, die de chirurg o.b.v. een MRI heeft gesteld, namelijk 'Foramenstenosen op L1/L2 en L2/L3 alsmede Recessus stenose bds. op genoemde niveau's met compromittering van de uitgaande wortels', wordt tegengesproken in de verslagen van de Nederlandse radioloog (september 2018) en neurochirurg (december 2018). Uit het dossier is niet anders op te maken dan dat het om de interpretatie van dezelfde MRI gaat. Niet duidelijk is of de chirurg in Duitsland kort voor de operatie in mei 2019 nog een nieuwe MRI heeft laten maken. Er is in het dossier wel een grote hoeveelheid aan MRI-plaatjes aanwezig, echter de resolutie van deze plaatjes is te slecht om details te kunnen waarnemen. Daarnaast ontbreken datering en patiëntgegevens (dus onbekend is wanneer deze zijn gemaakt en bij welke patiënt). (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de operatie die zij op 14 mei 2019 in Duitsland heeft ondergaan moet vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit pagina 22 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. Daarnaast zijn de toepasselijke bepalingen uit de Europese verordening nr. 883/2004 vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Europese verordening

- 6.2. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan om daar een operatieve ingreep te ondergaan. In die situatie is sprake van planbare zorg. Op grond van artikel 20 van de verordening heeft een verzekerde recht op vergoeding van de kosten van deze zorg volgens het sociale zekerheidsstelsel van de lidstaat als hieraan voorafgaand toestemming is gevraagd aan de zorgverzekeraar. Als geen toestemming wordt gevraagd, blijft de verordening buiten toepassing. De zorgverzekeraar is enkel gehouden deze toestemming te verlenen als aanspraak bestaat op de zorg op grond van de zorgverzekering en deze zorg niet tijdig in beschikbaar is.
- 6.3. Verzoekster heeft voorafgaand aan de ingreep toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft aan verzoekster meegedeeld dat de toestemming is geweigerd op grond dat een (verzekerings)indicatie voor deze ingreep ontbreekt. Hierover verschillen partijen echter van mening. Omdat voor de toepassing van artikel 20 van de verordening bepalend is of de zorgverzekering dekking biedt, zal de commissie hierna beoordelen of in dat kader een (verzekerings)indicatie bestaat.

Zorgverzekering

- 6.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij al jaren kampt met rugklachten en hiervoor in het verleden reeds een operatie heeft ondergaan. Helaas zijn deze klachten teruggekomen en heeft conservatieve therapie niet tot het gewenste resultaat geleid. In zag de behandelend arts geen behandelopties meer. Om die reden heeft verzoekster zich gewend tot een arts in Duitsland die de noodzaak van operatief ingrijpen heeft onderschreven. Deze arts heeft het verschil in interpretatie van de onderzoeksresultaten als volgt toegelicht:
- "(...) Het is mondiaal bekend dat een Röntgen onderzoek van de wervelkolom verschillende uitkomsten kan geven indien men deze onderzoeken in staande houding en liggende houding vergelijkt. Het is ook bekend dat 80% van de lage rugklachten worden veroorzaakt door afwijkingen in de Facetgewrichten. Het zijn deze kleine gewrichten die een pijn impuls lange de zenuwen die naar de hersenen gaan afgeven. Indien de kwaliteit van de discus zo slecht wordt dat er een, stabiliteit corrigerende, overbelasting ontstaat in deze kleine gewrichten. Het wervellichaam en de discus zijn niet goed voorzien van sensibele zenuwtakjes, de Facetgewrichten daarentegen wel. In het leerboek van Wachs und Landsmuth is schematisch aangegeven hoe complex deze kleine gewrichtjes van zenuwtakjes worden voorzien. Ze worden nl. vanuit 3 segment verzorgingen van sensibele zenuw takjes voorzien. Een overtuigende duidelijker, recent, anatomische onderzoek is tot op heden niet bekend. In staande houding of bij belasting treedt hydrops op van de kleine gewrichtjes, met zwelling van de kapsels met als gevolg verkleining van de Recessen lateralis en tevens aansluitend het Foramen. Prof. Rausching (Zweden) heeft fantastische studies de wereld ingestuurd met heldere kleuren foto's van anatomische preparaten met een groot aantal afwijkingen door ouderdom, ziekte en traumata's. Mijn beoordeling van de gemaakte onderzoeken zijn duidelijk interpretatief, patiënt gericht, met nogmaals, in het achterhoofd dat liggende, dus statische, MRI opnamen slechts ten dele de oorzaak voor pijnklachten door lichamelijke belasting kunnen bevestigen. (...)"*
- Verzoekster is van mening dat zij op de deskundigheid van de behandelend arts in Duitsland mocht vertrouwen en dat de ziektekostenverzekeraar hieraan niet zonder meer voorbij mag gaan. Daarnaast meent zij niet de dupe te mogen zijn van interpretatieverschillen tussen verschillende medisch specialisten. Daarbij wijst zij erop dat de operatie succesvol is geweest en dat haar klachten daarmee zijn verholpen.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de verklaringen van de verschillende betrokken medisch specialisten tegenstrijdige informatie bevatten over de aanwezigheid van een medische indicatie. Zo is de behandelend arts in Duitsland van oordeel dat er forse stenosen zichtbaar

zijn, terwijl dit door de neurochirurg en radioloog in niet wordt herkend. Volgens de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar is dit ook niet te zien op de MRI-beelden die verzoekster heeft gedeeld. Hoe de behandelend arts in Duitsland dan toch tot een ander oordeel is gekomen, is voor de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk. Daarnaast merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoekster zich in eerste instantie zonder verwijzing daartoe tot de arts in Duitsland heeft gewend. In de verzekeringsvoorwaarden is echter opgenomen dat een gerichte verwijzing van de huisarts moet plaatsvinden voordat dit is toegestaan.

- 6.6. De commissie overweegt dat het Zorginstituut in het advies van 14 juli 2020 heeft beschreven wanneer en onder welke voorwaarden de operatieve ingreep die verzoekster heeft ondergaan voor vergoeding in aanmerking komt.
- 6.7. Het Zorginstituut leidt uit de toepasselijke richtlijnen van de beroepsgroep af dat een conservatieve behandeling in de eerste drie maanden de voorkeur heeft en dat slechts bij aanhoudende of toenemende pijnklachten operatief ingrijpen is geïndiceerd. Daarnaast is de beroepsgroep het erover eens dat het caudasyndroom en progressieve parese een indicatie zijn voor een spoedinterventie. Ook ondraaglijke pijnklachten aan het been, die niet kunnen worden weggenomen door gebruik van pijnmedicatie, geven hiervoor een indicatie. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat uit de informatie in het dossier niet is gebleken dat één van de genoemde indicaties in de situatie van verzoekster aan de orde is. De commissie ziet geen aanleiding van deze conclusie af te wijken en volgt hierin het Zorginstituut.
- 6.8. Het Zorginstituut beschrijft verder in zijn advies van 14 juli 2020 wanneer en onder welke voorwaarden een spondylodese voor vergoeding in aanmerking komt. Hiervoor bestaat een (verzekerings)indicatie bij instabiliteit in de wervelkolom of het afglijden van de ene wervel ten opzichte van de andere (spondylolisthesis). Onder instabiliteit wordt verstaan dat de wervels onvoldoende onderling verband met elkaar hebben en dus min of meer los van elkaar liggen. Dit kan een gevolg zijn van een fractuur of een tumor. Er bestaat discussie of ook van instabiliteit gesproken kan worden als er een verhoogde beweeglijkheid is in de wervelkolom als gevolg van slijtage van de lage rug (verouderingsproces / degeneratieve veranderingen). Het is nog onvoldoende duidelijk of dit als oorzaak van chronische pijn kan worden aangemerkt en of chirurgische behandeling is aangewezen. Volgens het Zorginstituut blijkt uit de informatie uit het dossier niet dat één van deze indicaties aan de orde is in geval van verzoekster. Daarbij tekent het Zorginstituut aan dat in de verschillende behandelplannen in het dossier verschillende indicaties zijn beschreven. Daarnaast is duidelijk dat de verschillende betrokken artsen het niet eens zijn over de beschreven indicaties.
- De commissie overweegt dat het op de weg ligt van verzoekster aannemelijk te maken dat zij een (verzekerings)indicatie heeft voor een spondylodese. In die opzet is zij niet geslaagd. Het staat immers vast dat verschillende indicaties zijn gesteld en bovendien dat de betrokken artsen hierover van mening verschillen. Verzoekster heeft deze verschillen niet kunnen verklaren, waardoor onduidelijkheid blijft bestaan en niet vast is komen te staan dat zij een (verzekerings)indicatie heeft voor een spondylodese. Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op grond van de zorgverzekering en dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht is geweigerd. De ziektekostenverzekeraar hoeft de door verzoekster gemaakte kosten om die reden niet te vergoeden.

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 september 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

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 (ZBC)² of in een eigen praktijk.

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

Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de hoofdbehandelaar ook een SEH-arts (op de spoedeisende hulp), een verpleegkundig specialist of een physician 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 zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

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

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

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

Dit wordt niet vergoed

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak

Andere vergoedingen

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

- kaakchirurgie
- medisch-specialistische revalidatie
- gespecialiseerde ggz

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De meeste ziekenhuiszorg
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts. Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen 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 de ZorgConsulent en voor spoedeisende zorg met onze alarmcentrale Zorgassistance.

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/toestemming-vragen-voor-medisch-specialistische-zorg

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 onze ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij onze 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 specialist¹ of de kaakchirurg² in het ziekenhuis overnachten? Dan noemen we dat een ziekenhuisopname.

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

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg
- 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 (ZBC)³
- 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. Die staan apart vermeld:

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

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

² Een kaakchirurg vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

³ Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Maximaal 3 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 2.500 voor extra comfort Volgens <u>ziekenhuisopname: extra luxe en comfort</u>
Zorgplan	€ 2.500 voor extra comfort Volgens <u>ziekenhuisopname: extra luxe en comfort</u>

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.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts. Voor zwangerschap en bevalling 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 kaachchirurgie alleen als de basisverzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

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/toestemming-vragen-voor-medisch-specialistische-zorg

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 (voorziene) 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 de 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 alleen bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk die een aantoonbare lichamelijke functiestoornis¹ opleveren
2. verminkingen² 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 urineweg- en geslachtsorganen
8. behandeling van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

De basisverzekering vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden bepaalde plastische chirurgie als die niet onder de basisverzekering valt.

Optifit vergoedt plastische chirurgie bij:

- correctie van de oorstand bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, als het gaat om correctie van bovenoogleden of van de buikwand, of om het vervangen van borstprothesen

Topfit en Superfit vergoeden plastische chirurgie bij:

- correctie van de oorstand bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis

Hier kunt u terecht

Plastische chirurgie wordt meestal door een plastisch chirurg uitgevoerd. Maar ook een andere medisch specialist, zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

Deze medisch specialisten werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

¹ Voorbeeld: U kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken

² 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 betaalt u het eigen risico ook als u die zorg in het buitenland krijgt.

De eigen bijdrage

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

Dit moet u zelf doen

Neem contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

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

Wat u vergoed krijgt

Wilt u voor een behandeling naar het buitenland? De vergoeding hieronder geldt voor niet-spoedeisende (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 zorg onder de basisverzekering valt, of onder een aanvullende verzekering. En ook in welk land u de zorg krijgt en welke aanvullende verzekering(en) u heeft. We zetten het voor u op een rij.

Zorg die onder de basisverzekering valt

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

- de basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
- niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
- voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland. Heeft u bijvoorbeeld een verwijzing nodig, of toestemming vooraf? Dan geldt dat ook in het buitenland

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

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

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

Of: u kiest voor vergoeding volgens de plaatselijke regels

Woont u in een EU- of EER-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**. Dat kan gunstig zijn als de zorg daar duurder is dan in Nederland. U moet daarvoor wel een S2-formulier² meenemen naar de zorgverlener. Dat formulier vraagt u bij ons aan. Doe dat op tijd, voor u de behandeling krijgt. Wij hebben 5 werkdagen nodig om uw aanvraag te beoordelen.

Zorg die onder de aanvullende verzekering valt

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

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

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

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	Zorg volgens vergoedingen basisverzekering Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Zorg volgens vergoedingen Startfit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Extrafit	Zorg volgens vergoedingen Extrafit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Benfit	Zorg volgens vergoedingen Benfit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Zorg volgens vergoedingen Optifit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Zorg volgens vergoedingen Topfit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit, ziekenhuiszorg in ziekenhuis in België en Duitsland 100%, aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland • Ziekenhuiszorg in ziekenhuis België of Duitsland 100%, na begeleiding ZorgConsulent, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering) • 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	Medisch-specialistische zorg in ziekenhuis België en Duitsland 100% Na begeleiding ZorgConsulent
Tandfit A	Zorg volgens vergoedingen Tandfit A Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Tandfit B	Zorg volgens vergoedingen Tandfit B Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Tandfit C	Zorg volgens vergoedingen Tandfit C Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Tandfit D	Zorg volgens vergoedingen Tandfit D Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Tandfit Preventief	Zorg volgens vergoedingen Tandfit Preventief Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

De eigen bijdrage

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

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf contact met ons opnemen

- als u zorg nodig heeft die u in Nederland niet of niet snel genoeg kunt krijgen: met de ZorgConsulent
- als u een S2-formulier wilt aanvragen: met de ZorgConsulent
- als u voor medisch-specialistische zorg naar een ziekenhuis in België of Duitsland wilt en 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 euro

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Werken of wonen in het buitenland moet u melden

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

Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

Als u tijdens uw reis geen infectieziekten wilt oplopen.

Wat u vergoed krijgt

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

Veel voorkomende infectieziekten in het buitenland zijn:

- hepatitis A en B
- difterie, tetanus en polio (dtp)
- gele koorts
- tyfus
- cholera
- meningococcen
- 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 specialistische zorg krijgt u van de huisarts een verwijzing naar de medisch specialist. In Nederland geldt dan de vergoeding Medisch specialist. Bijna altijd vergoedt de basisverzekering die zorg.

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

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

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

Wereldfit en Superfit vergoeden ook ziekenvervoer¹ vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis in België of Duitsland, met taxi, auto (max. € 0,27 per km) of vliegtuig (economy class).

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

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

Dit wordt niet vergoed

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

Andere vergoedingen

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

Vergoeding per verzekering

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

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

De eigen bijdrage

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

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent

Die begeleidt u bij het kiezen van een ziekenhuis.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg zoals medisch specialisten die normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wereldfit: repatriëring

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

Wat u vergoed krijgt

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

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

Wereldfit en Superfit vergoeden:

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

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

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

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. (...)*”

Besluit zorgverzekering

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:

(...)

- 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 verslaptte 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;

(...)

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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