

ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Turkije, medisch-specialistische zorg, hoogte vergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en
11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende
ziektekostenverzekering 2021, art. 13 Nederlands-Turks
verdrag inzake sociale zekerheid

Zaaknummer : 202201952

Zittingsdatum : 27 september 2023

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 17 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 januari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 23 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 maart 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 26 april 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023013324) aan de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 juni 2023 aan dit verzoek voldaan. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren, wat hij bij e-mailbericht van 2 augustus 2023 heeft gedaan. Een afschrift hiervan is op 3 augustus 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, met de mogelijkheid hierop tijdens de hoorzitting in te gaan. Bij brief van dezelfde datum is het Zorginstituut gevraagd een nader voorlopig advies uit te brengen. Bij brief van 21 augustus 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 september 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 29 september 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 21 augustus 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 9 oktober 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Startfit en ONVZ Tandfit Preventief (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is al jaren bekend met cardiologische klachten. In verband hiermee hebben in Nederland diverse behandelingen plaatsgevonden. Omdat verzoeker tintelingen in de armen en pijn op de borst had, heeft de huisarts hem doorverwezen voor een cardiale analyse. Verzoeker

heeft zich nadien gewend tot een cardioloog in Turkije. Hij heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor de aldaar uit te voeren onderzoeken en behandelingen.

- 3.3. Bij e-mailbericht van 14 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat een vergoeding wordt verleend van € 252,18.
- 3.4. Verzoeker heeft op 23 en 27 december 2021 in Turkije een behandeling bij een cardioloog ondergaan. De kosten hiervan heeft hij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zake een bedrag van € 696,17 aan verzoeker vergoed.
- 3.5. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 9 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Naar aanleiding van het door hem uitgevoerde nader onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 26 juni 2023 aan de commissie meegedeeld dat de eerder vastgestelde DBC- zorgproductcode onjuist was, omdat een bepaalde zorgactiviteit hierin niet was betrokken. Dit leidt tot een vergoeding van € 2.319,75, welke vergoeding hoger is dan aanvankelijk berekend. Aan verzoeker zal een nabetaling worden gedaan van € 1.633,58 (€ 2.319,75 - € 696,17). Ook het betaalde entreegeld van € 37,- zal worden vergoed. Deze brief is op 25 juli 2023 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 2 augustus 2023 verklaard dat hij van de commissie nog graag een uitspraak wenst over de juistheid van de gehanteerde DBC-zorgproductcode.
- 3.7. Bij brief van 21 augustus 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.8. Bij brief van 9 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aanvankelijk aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan hem een hogere vergoeding te verlenen dan € 696,17. Na ontvangst van de uitkomst van het nader onderzoek heeft verzoeker bij e-mailbericht van 2 augustus 2023 verklaard een uitspraak van de commissie te wensen over de juistheid van de door de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 26 juni 2023 gehanteerde DBC-zorgproductcode.
- 4.2. Verzoeker heeft in dat kader aangevoerd dat hij al jaren bekend is met cardiologische klachten. Omdat hij tintelingen in de armen had en pijn op de borst, heeft de huisarts een verwijzing gegeven voor een cardiologische analyse. Omdat verzoeker, na een gebeurtenis met zijn echtgenote, geen vertrouwen meer had in de artsen in Nederland, heeft hij zich gewend tot een cardioloog in Turkije. Op basis van een beoordeling van het medische dossier van verzoeker, en na een telefonisch consult met de Turkse medisch specialist, is bij de ziektekostenverzekeraar een voorstel behandelplan aangebracht met een overzicht van de daarbij mogelijk te verwachten verdere onderzoeken.
- 4.3. Na per e-mail vele en lange discussies te hebben gevoerd, werd voor verzoeker in eerste instantie een onjuiste machtiging afgegeven. De doorlopen aanvraagprocedure is niet conform de eigen richtlijnen van de ziektekostenverzekeraar gegaan, alsook niet conform de geldende wet- en regelgeving. In eerste instantie kwam de ziektekostenverzekeraar tot een andere DBC-zorgproductcode. De echtgenote van verzoeker heeft in dezelfde periode een behandeling in verband met hartklachten ondergaan. De DBC-zorgproductcode voor haar was exact gelijk, terwijl de behandeling dit niet was. Later is een andere DBC-zorgproductcode bepaald, die volgens verzoeker evenmin juist is. Bij verzoeker heeft een beoordeling van het medisch dossier

door de cardioloog plaatsgevonden, alsook meerdere consulten, zowel telefonisch als fysiek. Er heeft, op basis van geachte medische noodzakelijkheid, een dagopname plaatsgevonden, alsmede een echoscopie van het hart. Verder is een dotterbehandeling uitgevoerd, waarbij enkele vernauwingen werden geconstateerd die direct zijn behandeld, en waarbij geen directe noodzaak werd gezien voor het plaatsen van stents. Er heeft bij verzoeker een bloedonderzoek en een onderzoek van het hartritme over een langere tijd (een zgn. holter-meting) plaatsgevonden in verband met het instellen van het noodzakelijke medicatiebeleid. Op basis hiervan werd een periodieke controle geadviseerd. De hiervoor door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcode is volgens verzoeker onjuist, hetzelfde geldt voor het hieraan verbonden maximale bedrag. Verzoeker noemt in dat verband onder andere het passantentarief van een Nederlands ziekenhuis, dat in 2021 € 537,- bedroeg.

- 4.4. Bij e-mailbericht van 2 augustus 2023 heeft verzoeker opgemerkt dat er nog steeds het een en ander mist ten opzichte van de uitgevoerde onderzoeken en behandelingen. Omdat steeds nieuwe codes en bedragen zijn genoemd, wenst verzoeker alsnog een uitspraak van de commissie over de juistheid van de gehanteerde DBC-zorgproductcode en het hierbij behorende tarief.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het hem onduidelijk is waar het tarief vandaan komt. Hij kan Open DIS-data niet controleren. Het gaat hier niet om door de NZa vastgestelde codes. In Turkije wordt anders gewerkt, namelijk met pakketprijzen. Hij is bezig ervoor te zorgen dat de subtrajecten beter kunnen worden gezien. Dat is nog niet gelukt. Alle onderzoeken blijken volgens hem wel uit de stukken. Er is onder andere een eindverslag van 23 december 2021. Hierin is omschreven wat er onderzocht is en wat er aan behandelingen is uitgevoerd. Er kan geen twijfel over zijn dat het daarbij ook niet gaat om twee consulten op afstand. Het gaat om meerdere onderzoeken. Verzoeker heeft van de specialist vernomen dat bij hem een vernauwing in de aderen is geconstateerd en dat er geen stents zijn geplaatst. Alleen de 20% staat in de stukken, maar niet de ballon. Maar in Turkije gaat men ervan uit dat het bij deze vernauwing logisch is dat een ballonnetje is geplaatst. De vergoeding lijkt nog steeds aan de lage kant, gezien het dotteren.
- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailberichten van onder andere 9 mei 2022 en 9 juni 2022 verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 696,17. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat voor een behandeltraject in het buitenland het Nederlandse marktconforme tarief wordt bepaald. Dit wordt vastgesteld aan de hand van een DBC-code. Als iemand in Nederland in het ziekenhuis komt, wordt niet iedere handeling, zoals een consult, injectie of röntgenfoto, apart vergoed. Betaling van ziekenhuiszorg gebeurt aan de hand van DBC-zorgproducten. Deze producten kunnen worden gebruikt bij een bepaalde behandeling. Alle verrichtingen, waaronder consulten, injecties en röntgenfoto's, zijn in deze code opgenomen. Het maakt voor de hoogte van het bedrag niet uit of het gaat om planbare of spoedeisende zorg. Voor verzoeker is DBC-zorgproductcode 099499015 bepaald met een bijbehorend tarief van € 696,17. Dit is de meest passende code in zijn situatie, en hij heeft dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding.
- 5.2. Bij brief van 26 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op het verzoek nader onderzoek te verrichten, meegedeeld dat hij de vergoeding eerder onjuist heeft bepaald. De vergoeding dient € 2.319,75 te bedragen, zodat een nabetaling volgt van € 1.633,58 (€ 2.319,75 - € 696,17). Bij zijn eerdere beoordeling kwam de ziektekostenverzekeraar uit op DBC 099499015, omdat de zorgactiviteit "190090 Dagverpleging" per abuis niet was meegenomen bij het bepalen van de DBC. Bij de herbeoordeling van de declaratie en medische verslaglegging als onderdeel van deze procedure werd deze zorgactiviteit wel meegenomen op basis van de verwijzing op de factuur en onder "service details" naar "daytime bed fee". De dagverpleging vond plaats

rondom het coronair angiogram (zorgactiviteit 033229). De nieuwe DBC-zorgproductcode - de ziektekostenverzekeraar noemt in zijn brief: 099499026 - valt hoger uit dan de eerder bepaalde DBC-zorgproductcode. De ziektekostenverzekeraar zal ook het entreegeld van € 37,- vergoeden.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de juiste DBC-zorgproductcode is bepaald, zoals ook blijkt uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 21 augustus 2023. Dit leidt tot een nabetaling die binnenkort aan verzoeker zal worden gedaan.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. **Advies Zorginstituut**

- 6.1. Bij brief van 26 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Door de behandeling (deels) te vergoeden erkent verweerder dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op deze zorg. Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op over de aard van de vergoeding.

Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

Uit de beschikbare informatie in het dossier leidt het Zorginstituut af dat verweerder DBC-zorgproductcode 099499015 heeft toegepast. Hoewel verweerder voorafgaande aan de behandeling(en) DBC-zorgproductcode 090301007 heeft genoemd, lijkt die uiteindelijk niet te zijn toegepast. De informatie in het dossier is echter onvoldoende duidelijk om dit met zekerheid vast te stellen. Alleen in de e-mailwisseling tussen de gemachtigde en verweerder worden DBC-zorgproductcodes genoemd.

De omschrijving van DBC-zorgproductcode 090301007 is: Cardiologie | Licht ambulante | Hart/Vaat hypertensie. Consumenteninformatie: 1 of 2 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand bij een cardioloog bij hoge bloeddruk, declaratiecode: 15C406.

De omschrijving van DBC-zorgproductcode [099499015] is: Cardiologie | Ischemie met/ zonder schade | Ambulant middel | Hart/Vaat ischemische hartziekte. Consumentenomschrijving: Diagnostiek/ ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand bij cardiologie bij een geblokkeerde bloedtoevoer (hartinfarct) of tekenen van onvoldoende bloedtoevoer naar het hart, declaratiecode: 15A610.

Volgens het ziekenhuisverslag zijn op 23 en 27 december 2021 de volgende onderzoeken verricht: een cardiologisch (lichamelijk) onderzoek, bloedonderzoek, een ECHO van het hart en een coronair angiogram. Het dossier bevat verslagen van de ECHO en het coronair angiogram. Een dotterbehandeling lijkt niet uitgevoerd te zijn.

Op grond van de beschikbare informatie in het dossier kan het Zorginstituut niet beoordelen of voor de ondergane onderzoeken de door verweerder toegepaste DBC-zorgproductcode 099499015 (en mogelijk ook DBC-zorgproductcode 090301007) redelijkerwijs het meest passend is (of zijn).

Nader onderzoek

Om te kunnen beoordelen of het/de door verweerder toegepaste DBC-zorgproduct(en) redelijkerwijs het meest passend is/zijn bij de door verzoeker ondergane onderzoeken dient de volgende informatie te worden aangeleverd:

- informatie waaruit duidelijk blijkt welke DBC-zorgproductcode(s) is/zijn toegepast door verweerder;
- een toelichting van verweerder op het gekozen DBC-zorgproduct of de gekozen DBC-zorgproducten, zodanig dat dit/deze DBC-zorgproduct(en) navolgbaar kan/kunnen worden afgeleid via de website van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Het advies

Om te kunnen toetsen of verweerder de meeste passende DBC-zorgproductcode) heeft toegepast, zoals door de SKGZ is verzocht, is nader onderzoek nodig waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

- 6.2. In het nader voorlopig advies van 21 augustus 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Aanvullende informatie

Naar aanleiding van het eerste voorlopig advies en op verzoek van de geschillencommissie heeft verweerder bij brief van 26 juni 2023 aanvullende informatie gestuurd over de toegepaste DBC-zorgproductcode. In de brief staat het volgende. Verweerder geeft aan bij de eerdere beoordeling op DBC-zorgproductcode 099499015 te zijn uitgekomen, omdat daarin abusievelijk de zorgactiviteit '190090 Dagverpleging' niet is meegenomen. Deze vond plaats rondom het coronairangiogram. Deze zorgactiviteit is nu wel meegenomen. De meer passende DBC-zorgproductcode 099499026 is als volgt bepaald door verweerder:

Specialisme: 0320 Cardiologie

Diagnose: 0320.202 Angina pectoris, stabiel Zorgactiviteiten:

- lx 190060 Eerste polikliniekbezoek
- lx 033229 Katheterisatie linker- en evt. rechterhart, inclusief evt. angiografie (coronair en/of hart en/of arteria pulmonalis), drukmeting, 02-bepaling (arterieel en/of hart), aortografie, aansluitw.pm.
- lx 190090 Dagverpleging

Beoordeling van de door verweerder toegepaste DBC-zorgproductcode Door verweerder is de 'nieuwe' DBC-zorgproductcode 099499026 toegepast.

De omschrijving van DBC-zorgproductcode 099499026 is: Cardiologie | Ischemie zonder schade | Dag / Klin cumulatief kort | Hart/Vaat ischemische hartziekte. Consumentenomschrijving: Maximaal 5 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij cardiologie bij onvoldoende bloedtoevoer naar het hart, declaratiecode: 15A613.

De door verweerder toegepaste DBC-zorgproductcode is volledig navolgbaar met 'Casus afleiden'. Hiermee vervalt de eerder besproken kleinere DBC-zorgproductcode 0090301007, aangezien het polibezzoek waarnaar deze kleinere DBC-zorgproductcode verwijst een onderdeel is van de nieuwe DBC-zorgproductcode. Op grond van de beschikbare informatie vindt Zorginstituut DBC-zorgproductcode 099499026 dan ook het meest passend in dit geschil.

Conclusie

Naar het oordeel van de medisch adviseur heeft verweerder de meest passende DBC-zorgproductcode toegepast voor de behandeling bij de cardioloog.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het Zorginstituut vindt de door verweerder toegepaste DBC-zorgproductcode voor de behandeling bij de cardioloog het meest passend."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit onderdeel 79 van de 'ONVZ Algemene Regels 2021' van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg alsmede artikel 13 van het Nederland-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Deze situatie speelde bij verzoeker niet. Er was sprake van planbare zorg. Dit betekent dat het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid buiten toepassing blijft. Een eventueel recht op vergoeding moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. Tussen partijen is niet in geschil dat de door verzoeker in Turkije ondergane onderzoeken en behandelingen een verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering en dat hij hiervoor een (verzekerings)indicatie had. Wat hen verdeeld houdt, is de vraag of door de ziektekostenverzekeraar de juiste vergoeding is verleend. Hiertoe geldt dat door de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk - dat wil zeggen na het verzoek nader onderzoek te doen - is besloten een vergoeding te verlenen conform DBC-zorgproductcode 099499026. Deze code heeft als omschrijving: *"Cardiologie | Ischemie zonder schade | Dag/ Klin cumulatief kort | Hart/Vaat ischemische hartziekte (...) Maximaal 5 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij cardiologie bij onvoldoende bloedtoevoer naar het hart"*. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 21 augustus 2023 is deze code de meest passende gezien de beschikbare medische informatie in het dossier. De commissie ziet geen aanleiding aan de juistheid van het advies van het Zorginstituut te twijfelen, en stelt daarom vast dat de gehanteerde DBC-zorgproductcode juist is.
- 8.4. Voor zover het gaat om het hierbij behorende tarief verwijst de commissie naar een eerder bindend advies (GcZ, 4 maart 2020, SKGZ201901150). Hierin heeft de commissie besloten dat de zorgverzekeraar in een geval als het onderhavige, voor de bepaling van de hoogte van het in Nederland geldende marktconforme tarief, via Open DIS-data van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) moet nagaan wat het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde betrokken tarief is voor de desbetreffende behandeling. In Open DIS-data worden gegevens bijgehouden van de medisch-specialistische zorg die in Nederland wordt geleverd, waaronder zorgproducten en zorgactiviteiten, en de verkoopprijzen (het tarief). De laagste en hoogste 10% van de tarieven worden bij de berekening van het gemiddelde tarief buiten beschouwing gelaten.
- 8.5. Het is onvoldoende bij de bepaling van het marktconforme tarief alleen uit te gaan van de nota's die bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie zijn ingediend, aangezien die niet-representatief hoeven te zijn voor de tarieven die landelijk daadwerkelijk in rekening worden gebracht. Met name bij een restitutieverzekeraar, die geen zorg inkoopt maar alleen betaalafspraken maakt met zorgaanbieders, kunnen de ontvangen nota's voor dezelfde zorg (veel) hoger zijn. De commissie is daarom van oordeel dat het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde, ten behoeve van Open DIS-data, betrokken tarief voor de desbetreffende behandeling is aan te merken

als het marktconforme tarief[LRI] . In het hiervoor genoemde bindend advies hanteerde de commissie nog een opslag op vorenbedoeld, hoogste tarief. Hiervan is de commissie nadien echter teruggekomen, omdat is gebleken dat in Open DIS-data ook de tarieven voor niet-gecontracteerde zorg worden meegewogen bij het bepalen van het gemiddelde tarief. Daarnaast is gebleken dat het verschil in premie tussen enerzijds de restitutieverzekeringen en anderzijds de natura- en combinatieverzekeringen niet zonder meer volgt uit het verschil in schadelast. Beide redenen, die indertijd zijn gegeven om de opslag toe te passen, zijn daarom niet (meer) relevant. De maatstaf van het passantentarief werd al eerder door de commissie verlaten, onder andere om reden dat dit tarief geldt voor personen die niet zijn verzekerd op basis van een verzekering krachtens de Zvw. Verzoeker heeft wel een dergelijke verzekering afgesloten.

- 8.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde betrokken tarief voor de behandeling met DBC-zorgproductcode 099499026 te hebben opgevraagd bij de NZa. De uitkomst hiervan was dat dit tarief ten tijde van de behandeling € 2.319,75 bedroeg. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in overeenstemming hiermee een vergoeding verleend. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering. De commissie heeft er goede nota van genomen dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd het betaalde entreegeld ad € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat:
- 1) door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 26 juni 2023 de juiste DBC-zorgproductcode is bepaald, en
 - 2) dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 2.319,75.

Zeist, 12 oktober 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Medisch specialist

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De meeste ziekenhuiszorg
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist¹. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts.

De medisch specialist werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC²) of in een eigen praktijk.

De medisch specialist doet het eerste consult meestal zelf. Die stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. En is voor u de hoofdbehandelaar. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Bijvoorbeeld een scan³ of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de hoofdbehandelaar ook een SEH-arts⁴, een verpleegkundig specialist of een physician assistant⁵ 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 zorg⁶, 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

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

De basisverzekering vergoedt de volgende zorg niet. De aanvullende verzekering soms wel:

- aanvullende diagnostiek bij borstkanker
- sterilisatie of een hersteloperatie daarvan

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 Uitleg over MRI vindt u op: www.onvz.nl/vergoedingen/uitleg-mri

⁴ Spoedeisende hulp arts

⁵ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

⁶ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor zorg van de medisch specialist geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de medisch specialist 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 een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist¹ zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg² is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg³ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming⁴ 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.

¹ Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg acute zorg

² Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

³ Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

⁴ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Ziekenhuisopname

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Max. 3 jaar
Startfit	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 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 zorg³
- 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 (ZBC⁴)
- 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

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 Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

⁴ Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, 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 een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist¹ zijn. Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg² 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 zorg³ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming⁴ 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 (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 onze ZorgConsulent.

¹ Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg

² Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

³ Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

⁴ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Buitenland: spoedeisende zorg

Als u onverwachts zorg nodig heeft in het buitenland.

Vergoeding per verzekering

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

Wat u vergoed krijgt

Heeft u in het buitenland met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of een plotselinge ziekte? De vergoeding die u nu leest geldt voor spoedeisende zorg in het buitenland. Gaat u speciaal voor de zorg naar het buitenland? Of kan de zorg wachten totdat u weer terug bent in Nederland? Dan geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg.

Voor de vergoeding van spoedeisende zorg maakt het verschil of de basisverzekering de zorg 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.

De basisverzekering vergoedt de zorg

Staat bij de vergoedingen dat de basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u die zorg met spoed in het buitenland krijgt. Het gaat dan om situaties waarbij de zorg medisch gezien niet kan wachten, omdat direct ingrijpen nodig is. Er gelden 2 belangrijke beperkingen:

- wij vergoeden 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

De **aanvullende verzekeringen** Wereldfit en Superfit vullen voor spoedeisende zorg in het buitenland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. Maar alleen als de zorg voor uw vertrek naar het buitenland niet te verwachten was. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland. Maar u moet wel vooraf contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Superfit en Wereldfit vergoeden niet het eigen risico dat u moet betalen.

Of: u kiest voor vergoeding volgens plaatselijke regels

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland¹ en krijgt u de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kunt u ook kiezen voor vergoeding volgens de plaatselijke regels. Hoe dat werkt, staat in grens aan zorg in het buitenland².

De aanvullende verzekering vergoedt de zorg

Heeft u een aanvullende verzekering? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden ook voor zorg die u in het buitenland krijgt. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden als in Nederland. De aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. De Tandfit verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

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

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 alarmcentrale³ 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.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/vergoedingen/zorg-in-het-buitenland/verdragslanden-voor-zorg

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

³ +31 (0)88 668 97 67

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Zorg volgens vergoedingen Startfit 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 Preventief	Zorg volgens vergoedingen Tandfit Preventief Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten

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 die 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 de basisverzekering wel vergoedt, maar 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. Heeft u andere zorg nodig die onder de basisverzekering valt? En krijgt u die in een EU-, EER- of een verdragsland? Dan vult Superfit 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 (tand)verzekeringen gelden ook voor zorg die u in het buitenland krijgt. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en maximale vergoedingen als in Nederland. De aanvullende (tand)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.

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

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.

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

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.

Vergoeding per verzekering

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

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien 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 verslachte 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.

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. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie 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;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.