



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B , tegen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : Duitsland, medisch-specialistische zorg, artificial disc replacement (ADR)
bij degeneratieve disc disease (DDD), stand wetenschap en praktijk,
indicatie

Regelgeving : Voorwaarden ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202002252
Zittingsdatum : 23 juni 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B , hierna te noemen: verzoekster,

tegen

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 12 april 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 mei 2021 per brief verklaard geen aanleiding te zien voor het geven van nader commentaar. Een kopie van deze brief is op 28 mei 2021 aan verzoekster gezonden.

2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 juni 2021 alsnog nader commentaar op het geschil gegeven, en hierbij verklaard een bedrag van € 525,- te zullen vergoeden in verband met eerstelijns fysiotherapie. Een kopie van deze brief is op 11 juni 2021 aan verzoekster gestuurd, met de mogelijkheid hierop tijdens de zitting te reageren.

2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 juni 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ONVZ Basisfit Internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster is woonachtig in Zuid-Afrika. Zij heeft zich in verband met rugklachten gewend tot een arts in Datteln, Duitsland. Aldaar is een minimaal invasieve endoscopische discectomie op niveau L2/3 en L3/4 uitgevoerd, alsmede een facetdenervatie op het niveau L2-S1 en een discectomie op niveau L4/5 en L5/S1, waarbij twee implantaten zijn geplaatst van het type M6L. Aansluitend heeft revalidatie plaatsgevonden. De kosten van de ingreep en de revalidatie heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

3.3. De behandelend neurochirurg heeft op 4 november 2019 per brief over verzoekster verklaard:

"[Verzoekster] complained of progressively increasing lower backpain with sporadic episodes of severe symptoms that started 3 years ago. Left side radiculopathy with predominant L5 distribution, less L3. Status post discectomy L5/S1 30 years ago.

X-rays and MRI scans of the lumbar spine show degeneration of the segments L4/5 and L5/S1 with narrowing of the intervertebral space and osteochondritic and spondyloarthrotic changes. There is a left disc herniation at L2/3 and a central disc herniation at L3/4. (...)

Therapy

1. Dorsal minimally invasive endoscopic discectomy of levels L2/3 and L3/4, SystemTessys;
2. Facetjointdenervation L2-S1, SystemMulizyte;
3. Discectomy L4/5 and L5/S1, remobilization and restoration of the dorsal release, implantation of two lumbar artificial discprotheses of the type M6L (L4/5: height 10 mm, size L, inclination 10°, L5/S1: height 10 mm, size L, inclination 16°) via ventral retroperitoneal access in ITN. Vascular suture at the left lateral outlet at the V. iliaca com.(...)

After the first 7 post-surgical days [verzoekster] recuperated well from the surgical trauma, e.g. abdominal approach as in-patient. Continuous rehabilitative treatment was advised and medically necessary. [Verzoekster] underwent 7 days of intensive and individual therapy under our constant supervision of vital parameters such as CRP, ESP, Hb, pain management and wound/incision control. The total time of 14 post surgical days with supervision and intensive guidance is essential for an optimal outcome and medically absolutely necessary. We recommend the consistent physical, manual therapy and physiotherapy treatment for 6-8 weeks. If needed, over a longer period. Heavy lifting should be avoided for the first 12 weeks. (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 juli 2020 per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat de ingreep en de hierop volgende revalidatie niet voor vergoeding ten laste van de ziektekostenverzekering in aanmerking komen.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 21 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de ingreep en de hierop volgende revalidatie aan haar te vergoeden, ten laste van de ziektekostenverzekering.
- 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. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekering geen Nederlandse zorgverzekering is, zodat deze niet aan dezelfde regels is gebonden. In de voorwaarden van de ziektekostenverzekering is bepaald dat sprake moet zijn van een medische noodzaak om voor vergoeding van een behandeling in aanmerking te komen. Deze medische noodzaak is onderbouwd door verklaringen van zowel de behandelend arts in Zuid-Afrika als de behandelend arts in Duitsland. Verzoekster heeft niet gekozen voor een zogenoemde verstijvingsoperatie, omdat hierbij onder andere een veel langer herstel nodig is. De arts in Duitsland is zeer kundig op het gebied van het plaatsen van implantaten, en de operatie is dan ook met succes uitgevoerd. Deze ingreep wordt in Duitsland vergoed door de Krankenkasse, en is niet experimenteel. De ingreep was

'voldoende beproefd en deugdelijk', zoals ook blijkt uit een door verzoekster overgelegde publicatie van 'Spine'. De revalidatie die aansluitend plaatsvond was medisch noodzakelijk. Deze is door de arts aangeraden en gebruikelijk in Duitsland. De ziektekostenverzekeraar heeft het tegendeel onvoldoende onderbouwd.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekering niet is gebaseerd op de Zvw, zodat moet worden gekeken naar hetgeen is bepaald in de voorwaarden. Hierin is opgenomen dat een behandeling voldoende beproefd en deugdelijk moet zijn. Dit wil zeggen dat sprake moet zijn van wetenschappelijke consensus in breed, internationaal verband. In dat verband wordt gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk. De ingreep die verzoekster heeft ondergaan, voldoet hieraan niet. Dit blijkt onder andere uit een advies van Zorginstituut Nederland. Hiernaar wordt door de ziektekostenverzekeraar gekeken, omdat deze adviezen ook uitgaan van een brede, wetenschappelijke consensus. Daarom komen alle hiermee gemoeide kosten niet voor vergoeding ten laste van de ziektekostenverzekering in aanmerking.
- 6.4. Voor de revalidatie die aansluitend plaatsvond bestond geen indicatie. Naast de fysieke beperkingen als gevolg van de operatie zijn er geen concrete actuele psychologische of andere problemen beschreven die een belangrijke onderhoudende factor vormen voor de klachten. Volgens de ontslagbrief herstelde verzoekster goed, was de wond droog en was er geen sprake van een neurologische afwijking. In alle ziekenhuizen zou men op dat moment ontslagen worden en naar huis gaan. Normaliter is men namelijk na een ingreep aan de wervelkolom aangewezen op fysiotherapie in de eerste lijn. Verzoekster heeft daarentegen klinische revalidatie ondergaan, welke niet onder leiding stond van een revalidatiearts en bestond uit ergotherapie en fysiotherapie. Op basis van de verklaring van de neurochirurg is er geen indicatie voor klinische medisch specialistische revalidatie na de ingreep. De ziektekostenverzekeraar ziet evenwel aanleiding een vergoeding te verlenen voor eerstelijns fysiotherapie. Omdat hiervoor geen behandeling is ondergaan, is niet vast te stellen hoe er alsdan zou zijn behandeld. Wel zou volgens Bijlage 1 Bzv - welk artikel ook geldt voor deze verzekering - recht bestaan op vergoeding gedurende twaalf maanden, met uitzondering van de eerste negen behandelingen. De ziektekostenverzekeraar stelt daarom voor uit te gaan van vijftien behandelingen met een vergoeding van € 35,- per behandeling, hetgeen neerkomt op totaal € 525,-.

Overwegingen

- 6.5. Artikel 4 van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op medisch-specialistische zorg en artikel 7 de aanspraak op medisch-specialistische revalidatie. Artikel 17 van de voorwaarden bepaalt dat ook aanspraak bestaat op deze zorg buiten het woonland. In geval van een behandeling in Duitsland, zoals bij verzoekster, geldt dat dan een vergoeding wordt verleend tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag in dit land. Artikel 2, tweede lid, van de 'Algemene Bepalingen' van de ziektekostenverzekering bepaalt dat alleen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten als sprake is van een medische noodzaak. Dit wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de (zorg)diensten. De zorg(dienst) mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. In de begripsomschrijvingen van artikel 1 van de 'Algemene Bepalingen' van de ziektekostenverzekering is bij medische noodzaak vermeld dat hieronder wordt verstaan de noodzaak van onderzoek, behandeling of verpleging als de wetenschap dit voldoende beproefd en deugdelijk vindt en de zorg noodzakelijk, doelmatig en niet uitsluitend cosmetisch is. Bij het begrip medisch-specialistische revalidatie is bepaald dat hieronder wordt verstaan onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts, verleent de zorg. Het team is verbonden aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

- 6.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ingreep die zij heeft ondergaan, voldoet aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Verweerder heeft niet, althans onvoldoende weersproken dat deze ingreep door de Duitse Krankenkasse wordt vergoed, en dat deze is uitgevoerd door een gerenommeerde arts. Verzoekster heeft een publicatie overgelegd van 'Spine', waaruit volgens haar volgt dat de ingreep voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen slechts ingebracht dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarom niet voldoende beproefd en deugdelijk kan worden bevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen inzicht gegeven in de wijze waarop hij dit heeft onderzocht en hoe hij tot zijn conclusie is gekomen. De enkele verwijzing naar een advies van Zorginstituut Nederland is hiertoe onvoldoende, nog daargelaten dat de ziektekostenverzekeraar het desbetreffende standpunt van het Zorginstituut niet heeft overgelegd.- Bovendien adviseert het Zorginstituut in het kader van de Nederlandse Zorgverzekeringswet en daarop gebaseerde regelgeving. Deze wet en regelgeving geldt niet voor de tussen partijen gesloten ziektekostenverzekering. De daarin opgenomen voorwaarde dat de behandeling 'voldoende beproefd en deugdelijk' moet zijn, kan niet zonder meer worden gezien als een verwijzing naar de uitgebreide toetsingsmethodiek van de stand van de wetenschap en praktijk, zoals die geldt in het kader van de Zorgverzekeringswet en daarop gebaseerde regelgeving. Hierbij kan worden aangetekend dat 'voldoende beproefd en deugdelijk' in feite aanhaakt bij de – oude – toetsingsmethodiek in het kader van de ziekenfondsverzekering. Daarvan is afstand genomen met de introductie, in 2006, van het criterium 'conform de stand van de wetenschap en praktijk', zoals dit is opgenomen in de Zorgverzekeringswet en de hierop gebaseerde uitvoeringsbesluiten. Het lag op de weg van de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt, dat niet is voldaan aan het criterium zoals dit tussen partijen is overeengekomen in de tussen hen geldende ziektekostenverzekering, deugdelijk te onderbouwen. Nu hij dit heeft nagelaten en verzoekster haar verzoek heeft gestaafd met zowel een onderbouwing van haar arts als een relevante publicatie, oordeelt de commissie dat zij aannemelijk heeft gemaakt dat de behandeling 'voldoende beproefd en deugdelijk' is, waarmee zij heeft voldaan aan de voorwaarden van de ziektekostenverzekering. Uit het voorgaande volgt dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de ingreep in Duitsland.
- 6.7. Rest de vraag of ook de op de ingreep gevolgde medisch-specialistische revalidatie door de ziektekostenverzekeraar moet worden vergoed. In artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn de voorwaarden die hiervoor gelden opgenomen. Aanspraak op medisch-specialistische revalidatie bestaat als deze zorg het meest doeltreffend is ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. De handicap is het gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel, en leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag en met de revalidatie kan een mate van zelfstandigheid worden bereikt of behouden die, gegeven de beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is. Vast staat dat de behandelend arts van verzoekster aansluitende revalidatie noodzakelijk achtte, zo blijkt uit zijn verklaring van 4 november 2019. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat geen concrete actuele psychologische of andere problemen zijn beschreven die een belangrijke onderhoudende factor vormen voor de klachten. Verder is men volgens de ziektekostenverzekeraar na een ingreep aan de wervelkolom normaliter aangewezen op fysiotherapie in de eerste lijn. De commissie merkt hierover op dat uit de medische gegevens in het dossier onvoldoende duidelijk wordt welke behandeling verzoekster aanvullend aan de ingreep heeft ondergaan. Uit de verklaring van de behandelend arts blijkt dit ontoereikend.. Daarmee staat niet vast dat het ging om revalidatie die voldeed aan alle in de ziektekostenverzekering gestelde eisen. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten een vergoeding van € 525,- toe te kennen. De commissie zal in deze beslissing niet treden.
- 6.8. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door verzoekster ondergane ingreep te vergoeden, ten laste van de ziektekostenverzekering;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden; en
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



Zeist, 16 juli 2021,



L. Ritzema



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

De sluitdatum wordt bepaald door de volgende factoren: klinisch of niet-klinische zorg, operatieve of conservatieve behandeling, een nieuwe zorgvraag of vervolgtraject van een zorgvraag. De prestaties worden onderscheiden in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Alleen Nederlandse ziekenhuizen werken met DBC-zorgproducten. Medisch-specialistische zorg verleend door ziekenhuizen buiten Nederland vertaalt ONVZ naar (een) Nederlands(e) DBC-zorgproduct(en) (zie artikel 1 van deel B).

Eerstelijns psychologische zorg

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut is niet nodig.

Geregistreerd geneesmiddel

Geneesmiddel dat in Nederland onder de Geneesmiddelenwet valt, waarvoor het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) een handelsvergunning heeft verstrekt en dat is opgenomen in het Register van Geneesmiddelen. U kunt de geneesmiddeleninformatiebank van het CBG raadplegen op www.cbg-meb.nl.

Gespecialiseerde ggz (geestelijke gezondheidszorg)

Diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

Ggz-instelling

Een instelling die geneeskundige specialistische ggz levert in verband met een psychiatrische aandoening en daarvoor wettelijk is toegelaten.

Homeopathisch geneesmiddel (geregistreerd)

Geneesmiddel dat onder de Geneesmiddelenwet geregistreerd is als homeopathisch geneesmiddel en dat in de G-standaard van Z-index is ingedeeld in de productgroep HM (Homeopathisch geregistreerd geneesmiddel).

Jeugdarts

Een arts ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid in het profielregister jeugdartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS).

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog als volwaardig lid ingeschreven in het betreffende register van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) of als Kinder- en Jeugdpsycholoog SKJ bij de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog met de specialisatie klinisch psycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het specialistenregister van klinisch psychologen. Het register wordt beheerd door de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen (FGzP).

Kwetsbaarheid

Een gelijktijdige afname op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk.

Medisch adviseur

Een (tand)arts, verpleegkundige of paramedicus die ONVZ in (para)medische zaken adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van onderzoek, behandeling of verpleging als de wetenschap dit voldoende beproefd en deugdelijk vindt en de zorg noodzakelijk, doelmatig en niet uitsluitend cosmetisch is.

Medisch specialist

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.

Medisch-specialistische revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts, verleent de zorg. Het team is verbonden aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

Niet Geneesmiddel

Middel dat niet onder de Geneesmiddelenwet valt en dat in de G-standaard van Z-index de registratie Niet Geneesmiddelen (NG) heeft.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op uw lichaam, van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt.

Onvoorziene behandeling

Medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare behandeling die geen enkel uitstel toelaat omdat vanuit medisch oogpunt gezien direct ingrijpen vereist is.

ONVZ

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., gevestigd aan De Molen 66 te Houten.

Opname

Opname in een ziekenhuis, ggz-instelling of medisch-specialistische revalidatie-instelling, als medisch gezien verpleging, onderzoek en behandeling alleen in een ziekenhuis, ggz-instelling of revalidatie-instelling kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk is.

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist geregistreerd in het betreffende register van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) of als Postmaster-Orthopedagoog SKJ bij de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ).

Physician assistant

Een medische professional op hbo-niveau, geregistreerd volgens de Wet BIG met specialisatie physician assistant. De physician assistant is zelfstandig bevoegd tot het verrichten van bepaalde handelingen, zoals endoscopieën, katheterisaties, het geven van injecties en het voorschrijven van receptgeneesmiddelen, en kan tevens werken in opdracht van of onder supervisie van een medisch specialist.

(Premie)vervaldag

De dag waarop een premie, eigen risico, eigen bijdrage of vergelijkbaar bedrag aan ONVZ verschuldigd is.

Preventief medisch onderzoek

Preventieve behandelingen of onderzoeken door een medisch specialist of huisarts, behalve onderzoek volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek.

Psychiater

Een arts als psychiater ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts)

Een arts ingeschreven als specialist ouderengeneeskunde in het register van erkende specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

U

De verzekerde voor wie de verzekering is gesloten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde

De op het polisblad als verzekerde vermelde persoon.

Verzekering

De ONVZ Basisfit Internationaal.

Verzekeringnemer

De persoon die de verzekering met ONVZ is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg

Wlz

De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt zorg voor kwetsbare ouderen en voor mensen die door een beperking blijvend 24 uur per dag zorg nodig hebben. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) stelt het recht op zorg vast.

Wmo

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) is een voorziening waarin de toegang tot en financiering van een aantal hulpvragen en voorzieningen wordt geregeld, zoals de kosten van hulp bij het huishouden, aanpassingen in de eigen woning zoals een traplift of verhoogd toilet, maaltijdverzorging en langdurig gebruik van een rolstoel.

Woonland

Het land waar u uw woonplaats heeft.

Ziekenvervoer

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

Zorgverzekering

Een verzekering voor vergoeding van – de kosten van – zorg gelijkwaardig aan de ONVZ Basisfit Internationaal.

Grondslag van de (aanvullende) verzekering(en)

Artikel 2

- lid 1 De verzekering en (een) eventuele aanvullende verzekering(en) zijn gebaseerd op het ingevulde aanvraagformulier en gegevens die door u of de verzekeringnemer afzonderlijk zijn verstrekt.
- lid 2 U heeft alleen aanspraak op vergoeding van kosten als sprake is van een medische noodzaak. Dit wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg(diensten). De zorg(dienst) mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- lid 3 U heeft – met inachtneming van deze polisvoorwaarden – recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de verzekering. De behandel- of leveringsdatum is bepalend, dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC of DBC-zorgproduct van een Nederlandse zorginstelling voor medisch-specialistische zorg, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC of het DBC-zorgproduct binnen de looptijd van de verzekering ligt. Heeft de nota betrekking op medisch-specialistische zorg buiten Nederland, dan worden de kosten alleen vergoed als de behandeldatum van de betreffende zorg binnen de looptijd van de verzekering ligt.
- lid 4 U kunt kosten van zorg declareren bij ONVZ. ONVZ vergoedt de kosten die gedekt zijn door de verzekering, behalve de eigen bijdragen en eigen risico's. Bij een afspraak tussen de zorgverlener en ONVZ declareert de zorgverlener rechtstreeks bij ONVZ en betaalt ONVZ rechtstreeks aan de zorgverlener. Daarmee heeft ONVZ ook aan haar betalingsverplichtingen tegenover u voldaan. In overige gevallen betaalt ONVZ rechtstreeks aan u. Als ONVZ rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt, schiet ONVZ eigen risico, eigen bijdragen en eventueel niet verzekerde kosten voor. U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet zonder toestemming van ONVZ aan iemand anders overdragen.
- lid 5 ONVZ kan bedragen die zijn voorgesloten verrekenen met volgende uitkeringen op grond van uw verzekering. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt ONVZ u een nota.
- lid 6 Als ONVZ meer vergoedt dan gedekt is op de verzekering, dan wordt u geacht aan ONVZ een volmacht te hebben verleend om het aan de zorgverlener teveel betaalde – in naam van ONVZ – bij de zorgverlener te incasseren.

Medisch-specialistische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Een medisch specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is noodzakelijk dat u voor aanvang van de zorg een verwijzing heeft van een huisarts, jeugdarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen.

Gaat het om behandelingen vermeld op de lijst *Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg 2019* dan vergoedt ONVZ de kosten van zorg alleen als zij voor aanvang van de zorg toestemming heeft gegeven. U kunt deze lijst raadplegen op www.onvz.nl of aanvragen bij het ONVZ Service Center. In Nederland kan uw zorgverlener doorgaans deze toestemming voor u aanvragen.

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

ONVZ vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten tijdens de opname van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch specialist of elders. ONVZ vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling. Daarnaast vergoedt ONVZ de kosten van de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden als dit een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

d. In-vitrofertilisatie (ivf)

Voor ivf bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de 1e, 2e en 3e poging per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar.

Als u bij aanvang van de 1e of 2e ivf-poging jonger bent dan 38 jaar, vergoedt ONVZ de kosten alleen als niet meer dan één embryo wordt teruggeplaatst.

Een ivf-poging houdt in:

1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in uw lichaam;
2. de follikelpunctie;
3. de laboratoriumfase;
4. het 1 of meer keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Bijzonderheden:

1. Een icsi(intracytoplasmatische sperma-injectie)-behandeling met een ivf-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, wordt gelijk gesteld aan een ivf-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie;
2. De aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen, verband houdend met de 1e, 2e en 3e poging ivf maakt onderdeel uit van artikel 4 Medisch-specialistische zorg- en niet van artikel 17 Farmaceutische zorg;

3. Van een poging is sprake bij een geslaagde follikelpunctie. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang geen sprake is van een doorgaande zwangerschap;
4. Van een doorgaande zwangerschap is sprake bij een levende embryo van ten minste 12 weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een fysiologische zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij ivf betekent dat 10 weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee 4 dagen korter, dus in totaal 9 weken en 3 dagen;
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na een ivf – geldt als nieuwe 1e poging.

- lid 3 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:
1. abdominoplastiek (buikwandcorrectie), tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 2. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een – gehele of gedeeltelijke – borstamputatie en bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transsexualiteit (man-vrouw transgenders);
 3. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 4. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek (reconstructie van de huid);
 5. behandelingen gericht op sterilisatie (zowel man als vrouw);
 6. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie (zowel man als vrouw);
- lid 4 Voor vergoeding van kosten voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geldt niet dit artikel, maar artikel 21. Als geestelijke gezondheidszorg echter noodzakelijk is als onderdeel van de integrale behandeling door een medisch specialist, dan worden de kosten niet apart vergoed volgens de artikelen 20 en 21, maar vallen ze onder het DBC-zorgproduct van de medisch-specialistische zorg.
- lid 5 De aanspraak voor mondzorg door de kaakchirurg is omschreven in artikel 16.

Artikel 5 Medisch-specialistische verpleegkundige zorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. ONVZ vergoedt deze kosten als de verpleegkundige zorg medisch noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, aansluitend op, of in plaats van, opname in een ziekenhuis. Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist verleent de zorg. De zorg omvat niet: verpleegkundige zorg die gepaard gaat met verblijf.
- lid 2 Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als ONVZ voor aanvang van de zorg toestemming heeft gegeven. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan van de medisch specialist te worden ingediend. In dit behandelplan is de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking vermeld, de bij de behandeling te betrekken disciplines en de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.
- lid 3 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van persoonlijke verzorging, thuisbeademing, palliatieve terminale zorg, intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening, casemanagement en preventie.

Artikel 6 Geboortezorg

Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de hierna genoemde kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.

- lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis vergoedt ONVZ:
- de kosten van ziekenhuisopname volgens artikel 4, lid 2a;
 - de kosten van verloskundige en andere medisch-specialistische zorg, alsmede de bijkomende kosten.

Verlaat u als moeder het ziekenhuis binnen 8 dagen vanaf de dag van bevalling, dan ontvangt u een tegemoetkoming in de kosten voor kraamzorg. Deze tegemoetkoming bedraagt € 200 voor elke dag dat u minder dan 8 dagen in het ziekenhuis verblijft (dus maximaal € 1.600). Voor deze tegemoetkoming gaat ONVZ uit van het aantal door het ziekenhuis in rekening gebrachte opnamedagen. Dit bedrag kan naar eigen keuze worden besteed.

- lid 2 Bij bevalling in een geboortecentrum, polikliniek of thuis, vergoedt ONVZ:
- het honorarium voor verloskundige zorg door de medisch specialist, huisarts of verloskundige;
 - de kosten van gebruik polikliniek;
 - de kraamzorgkosten in het geboortecentrum.

Verlaat u als moeder het geboortecentrum binnen 8 dagen vanaf de dag van bevalling, dan ontvangt u een tegemoetkoming in de kosten voor kraamzorg. Deze tegemoetkoming bedraagt € 200 voor elke dag dat u minder dan 8 dagen in het geboortecentrum verblijft (dus maximaal € 1.600). Voor deze tegemoetkoming gaat ONVZ uit van het aantal door het geboortecentrum in rekening gebrachte verblijfdagen.

Bij bevalling in een polikliniek of thuis ontvangt de moeder als tegemoetkoming in de kosten van kraamzorg € 200 per dag gedurende maximaal 8 dagen (maximaal € 1.600).

- lid 3 Als na een bevalling, als genoemd onder lid 2, binnen 8 dagen alsnog een medische noodzaak voor ziekenhuisopname ontstaat, bestaat vanaf dat moment recht op vergoeding zoals vermeld in lid 1.

- lid 4 Als de bevalling plaatsvindt in Nederland kunt u in plaats van de tegemoetkoming in de kosten kiezen voor door ONVZ geregelde kraamzorg. Het geboortecentrum of kraambureau indiceert op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg aan welke kraamzorg u en uw kind behoefte hebben. In overleg met ONVZ wordt dan het aantal uren kraamzorg vastgesteld en toegekend. Bij deze kraamzorg thuis geldt een eigen bijdrage van € 4,40 per uur. Meer informatie over kraamzorg en de aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten). Als u ervoor kiest om ONVZ de kraamzorg voor u te laten regelen, vervalt de tegemoetkoming in kosten van kraamzorg zoals beschreven in lid 1 en lid 2.

Artikel 7 Medisch-specialistische revalidatie

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor medisch-specialistische revalidatie als:
1. deze zorg voor u het meest doeltreffend is ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. De handicap is het gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel en leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en
 2. u met deze zorg een mate van zelfstandigheid kunt bereiken of behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

- lid 2 Medisch-specialistische revalidatie kan plaatsvinden:
1. in deeltijd- of dagbehandeling;
 2. tijdens een opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

- lid 3 Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als ONVZ voor aanvang van de zorg toestemming heeft gegeven. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan te worden ingediend. In dit behandelplan is de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking vermeld, de bij de behandeling te betrekken disciplines en de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

- lid 4 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie. Dit is de integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plagen te bieden aan ouderen waarbij sprake is van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. In Nederland wordt deze zorg geleverd in een daarvoor toegelaten instelling met een gespecialiseerde afdeling ingericht voor het leveren van geriatrische revalidatiezorg.