



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Medisch specialistische zorg, nota oogarts, gedeeltelijke vergoeding, marktconform tarief, misleidende informatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202002087

Zittingsdatum : 17 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 26 november 2020 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. In haar brief van 8 december 2020 (kennelijk bij vergissing gedateerd 2012) heeft verzoekster haar verzoek nader toegelicht.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 13 januari 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 maart 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Startfit, ONVZ OntzorgPlus en ONVZ Wereldfit (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is al jaren onder behandeling bij een door haar gekozen oogarts. De kosten hiervan heeft zij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar en steeds volledig vergoed gekregen. In 2020 heeft zij ook een nota bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 juni 2020 per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat de nota's van de door verzoekster gekozen oogarts in het vervolg tot een maximumbedrag worden vergoed. De laatst ingediende nota is coulancehalve nog wel volledig vergoed.
- 3.4. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aangegeven dat zij zich door hem verkeerd voorgelicht acht en zij heeft hem om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Op 17 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Uit de zorgspecificatie van 19 augustus 2020 blijkt dat de nota van de oogarts ter hoogte van € 530,- door de ziektekostenverzekeraar is vergoed tot een bedrag van € 330,02.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar haar niet goed heeft voorgelicht, en dat hij om die reden gehouden is de nota's van de oogarts voor de jaren 2020 en 2021 volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

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 78 van de 'algemene regels' van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg en het marktconforme tarief zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.


Standpunt verzoekster


6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij indertijd is overgestapt naar de ziektekostenverzekeraar, omdat de zorgverzekeraar waar zij voorheen was verzekerd, een gemaximeerde vergoeding hanteerde. In maart 2020 deelde de ziektekostenverzekeraar haar ineens mee dat hij hiertoe ook was overgegaan. Voor de eerste rekening in 2020 werd coulance toegepast, maar niet voor de vervolgrekening, dit terwijl verzoekster gedurende het jaar niet kan overstappen. Het zoeken naar een andere oogarts is voor haar geen optie, omdat er veel artsen in haar omgeving zijn die dezelfde tarieven hanteren.


6.3. De ziektekostenverzekeraar onderbouwt niet zijn veel hogere premie voor de basisverzekering ten opzichte van zorgverzekeraars die al een gemaximeerde vergoeding hanteerden, en die hierover duidelijk zijn op hun websites. In augustus 2020 ontving verzoekster een mailbericht met de mededeling dat voor GGZ-zorg en wijkverpleging vanaf 1 januari 2021 maximumtarieven gaan gelden. De vergoeding voor overige zorg zou onveranderd blijven. Verzoekster vindt dit misleidend. De ziektekostenverzekeraar had kunnen mededelen dat ook voor andere zorg al gemaximeerde vergoedingen gelden. In plaats daarvan communiceert de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van vrije artskeuze. Verzoekster is van mening dat zij mag afgaan op die informatie, en dat zij niet gehouden is ieder jaar alle polisvoorwaarden door te lezen vanwege mogelijke beperkingen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar


6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat in de 'Algemene Regels en Vergoedingen' onder 25 is bepaald dat een nota wordt vergoed tot het bedrag dat marktconform is. Marktconform houdt in dat het tarief dat een zorgaanbieder rekent, te verantwoorden is ten opzichte van de tarieven van vergelijkbare aanbieders. Zo zorgt de ziektekostenverzekeraar voor een eerlijke verdeling van het zorggeld. De ziektekostenverzekeraar ziet een toenemend aantal zorgaanbieders zijn tarieven verhogen en daarmee afwijken van de markt, zonder dat hiervoor medisch inhoudelijke redenen zijn. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar met ingang van 1 januari 2020 besloten strenger te gaan handhaven op het beleid rondom de marktconforme tarieven. Deze regel is overigens ook wettelijk vastgelegd, namelijk in artikel 2.2 Bzv.


 6.5. De nota van de oogarts van verzoekster is vergoed tot een bedrag van € 330,02. Deze vergoeding is tot stand gekomen aan de hand van het zogenoemde 'P95 criterium'. De uitkomst is hoger dan die op basis van de systematiek die de commissie voorstaat, waarbij wordt uitgegaan van het hoogste tarief in Open DIS-data, verhoogd met een opslag van 5,4%. Dit bedrag zou in de situatie van verzoekster € 297,60 zijn. De ziektekostenverzekeraar is daarom van mening dat hij verzoekster met een bedrag van € 330,02 een passende vergoeding heeft verleend.


 6.6. Over de berichtgeving op zijn website en rechtstreeks aan de verzekerden merkt de ziektekostenverzekeraar op dat deze volledig is. De informatie over GGZ-zorg en wijkverpleging met ingang van 2021 heeft betrekking op het feit dat de verzekering met ingang van het nieuwe jaar een combinatiepolis wordt, waarbij voor de genoemde zorg sprake is van een restitutievergoeding met gecontracteerde zorg. Voor de overige zorg geldt nog steeds dat vrije artskeuze bestaat. De vergoeding is ook dan, conform de wet- en regelgeving, echter beperkt tot maximaal het marktconforme tarief.

 6.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in artikel 7 van de 'algemene regels' van de zorgverzekering staat dat de inhoud van de verzekering mede wordt bepaald door de Zvw en het Bzv. Artikel 2.2. Bzv is van dwingend recht. De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar een advies van de commissie van 3 juni 2020, waaruit blijkt dat volledige vergoeding niet de maatstaf is. De ziektekostenverzekeraar hanteert hierbij het P95-criterium en de zorgaanbieder zit hier boven. Voor die overschrijding kon desgevraagd geen inhoudelijke rechtvaardiging worden gegeven. Dat eerder wel volledig werd vergoed is geen reden dan maar niet in te grijpen. De kosten van de zorg lopen op en zorgverzekeraars hebben een taak bij het beheersen ervan. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel besloten nog één behandeling uit coulance volledig te vergoeden.

Overwegingen

 6.8. Verzoekster heeft verklaard dat zij geen uitspraak wenst over de juistheid van de hoogte van de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover tijdens de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen volgens haar al voldoende duidelijkheid gegeven. Verzoekster wenst uitsluitend een uitspraak over de informatievoorziening door de ziektekostenverzekeraar op zijn website en rechtstreeks aan de verzekerden. De commissie zal zich in het bindend advies daarom tot dit punt beperken.

 6.9. De tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster afgesloten zorgverzekering is van oudsher een zuivere restitutieverzekering. Met ingang van 2021 is echter sprake van een combinatieverzekering, aangezien voor GGZ-zorg en wijkverpleging de restitutievergoeding alleen geldt voor het door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbod. Voor niet gecontracteerde GGZ-zorg en wijkverpleging gelden vanaf 2021 maximumtarieven. Voor de overige zorg en andere diensten geldt ook in 2021 als uitgangspunt het beginsel van 'vrije artskeuze', hetgeen inhoudt dat de verzekerde zelf een zorgaanbieder kan kiezen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster elke beperking van de vergoeding beschouwt als een inbreuk op dit beginsel, is de 'vrije artskeuze' niet absoluut. Artikel 25 van de 'algemene regels' van de zorgverzekering is gebaseerd op artikel 2.2 Bzv. Uit laatstgenoemde bepaling blijkt dat de wetgever niet heeft willen vastleggen dat elke zorgnota altijd volledig moet worden vergoed, ook niet als is gekozen voor een zuivere restitutieverzekering. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn in overeenstemming met artikel 2.2. Bzv. Verzoekster wordt geacht van die voorwaarden kennis te nemen.

 6.10. Verzoekster heeft – kort gezegd – gesteld dat dit laatste niet van haar mag worden gevergd, en dat zij zich moet kunnen baseren op de informatievoorziening door de ziektekostenverzekeraar. De commissie constateert in de eerste plaats dat de verzekeringsvoorwaarden ten aanzien van de gemaximeerde vergoeding eenduidig zijn. Zeker nu dit voor verzoekster kennelijk van groot belang was, mocht van haar worden verwacht dat zij zich, alvorens over te stappen, had verdiept in deze verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster heeft niet onderbouwd waarop zij baseert dat

de ziektekostenverzekeraar verplicht is zijn verzekerden – daarnaast - expliciet te wijzen op mogelijke beperkingen ten aanzien van de vergoeding. Beperkingen die, als gezegd, ten tijde van de overstap door verzoekster al waren terug te vinden in de verzekeringsvoorwaarden, maar ook op de website. Een dergelijke verplichting ontstond evenmin in augustus 2020, toen door de ziektekostenverzekeraar de mededeling werd gedaan dat met ingang van 2021 de verzekering het karakter zou krijgen van een combinatiepolis en er maximumtarieven zouden gaan gelden voor niet gecontracteerde GGZ-zorg en wijkverpleging. Die wijziging had namelijk alleen betrekking op GGZ-zorg en wijkverpleging. De enkele mededeling dat 'vrije artskeuze' bestaat, is niet onjuist. Het staat verzoekster immers vrij zich te wenden tot een zorgaanbieder van haar keuze, zij het met ingang van 2021 met eerder genoemde beperking voor GGZ-zorg en wijkverpleging, en reeds voordien met inachtneming van de maximering tot het marktconforme tarief. Van misleiding door de ziektekostenverzekeraar kan dan ook niet worden gesproken.

6.11. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd met betrekking tot het niet meer kunnen overstappen gedurende het jaar leidt niet tot een andere beoordeling. De verzekeringsvoorwaarden zijn op het punt van de gemaximeerde vergoeding in 2020 niet gewijzigd. Wel is de ziektekostenverzekeraar in dat jaar een strikter beleid gaan voeren, waardoor hoge nota's – anders dan voorheen – niet meer volledig worden vergoed. Dit staat hem echter vrij en maakt niet dat verzoekster gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat elke nota altijd volledig zou worden vergoed. Zoals hiervoor is overwogen, zijn de verzekeringsvoorwaarden ten aanzien van de vergoeding eenduidig en is de enkele verwijzing naar de 'vrije artskeuze' in dit verband onvoldoende voor een beroep op gerechtvaardigd vertrouwen dat elke nota volledig zou worden vergoed. Ook de stelling van verzoekster dat de oogartsen in haar omgeving vergelijkbare tarieven hanteren treft geen doel, reeds vanwege het ontbreken van een voldoende onderbouwing door verzoekster. Bovendien kan dit argument alleen inhoudelijk worden getoetst in een procedure over de hoogte van de vergoeding, maar het was de wens van verzoekster de beoordeling te beperken tot de kwestie van de informatievoorziening. Tot slot passeert de commissie de suggestie dat een directe relatie bestaat tussen de premiehoogte bij de ziektekostenverzekeraar en de geboden dekking. De hogere premie kan immers zijn oorzaak evengoed vinden in de kosten van de uitvoering van de bij hem ondergebrachte verzekeringen. Daarbij geldt het eerder aangehaalde artikel 2.2 Bzv voor alle vormen van restitutedekking, ongeacht de premiehoogte.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 april 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Medisch specialist

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

Wat u vergoed krijgt

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

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

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

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

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

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

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

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

Dit wordt niet vergoed

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak

Andere vergoedingen

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

- kaakchirurgie
- medisch-specialistische revalidatie
- gespecialiseerde ggz

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De meeste ziekenhuiszorg
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

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

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

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

⁴ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

Geen eigen bijdrage

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Let op bij zorg in het buitenland

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

Een second opinion kan ook

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

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

Ziekenhuisopname

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

Wat u vergoed krijgt

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

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

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

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

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

⁴ Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

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

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

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

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

Hier kunt u terecht

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

Andere vergoedingen

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

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

¹ Fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

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

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

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

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Let op bij opname in het buitenland

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

Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

Wat u vergoed krijgt

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

De **basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie bij:

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

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

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

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

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

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

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.

Zorgverzekeringswet

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 zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
- 6.** De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

- 1.** Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a.** de zorg niet omvat:
 - 1°.** het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°.** de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°.** de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;

- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, 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.