

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : EU/EER, België, medisch specialistische zorg, infiltratie met lidocaïne / corticosteroïde injecties in het DRUJ-gewricht, stand wetenschap en praktijk.
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 202200927
Zittingsdatum : 25 januari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 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. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 25 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 juli 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 24 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 augustus 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 28 september 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022034933) aan de commissie een advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut de commissie nader onderzoek te laten doen. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk bij de beoordeling van de aanvraag een literatuursearch gedaan, maar de resultaten van deze search en de bespreking daarvan zijn niet opgenomen in het dossier. Om te beoordelen of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk heeft het Zorginstituut deze informatie nodig.
- 2.4. Een kopie van het advies van het Zorginstituut is op 28 september 2022 aan partijen gestuurd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar in de begeleidende brief gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies van het Zorginstituut, uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 11 oktober 2022 per brief de uitkomst van dit nader onderzoek meegedeeld. Een kopie van deze reactie is op 13 oktober 2022 aan verzoekster gestuurd. Verzoekster is hierbij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Bij e-mailberichten van 28 november 2022 en 8 december 2022 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Afschriften van deze reacties zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. De reacties van 11 oktober 2022, 28 november 2022 en 8 december 2022 zijn op 29 november 2022 en 8 december 2022 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met de vraag een voorlopig advies uit te brengen. Op 20 december 2022 heeft het Zorginstituut een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 27 december 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.6. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 januari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Verzoekster heeft bij e-mailbericht 31 januari

2023 op de aantekeningen gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting, kopieën van de ter zitting door verzoekster overgelegde stukken, en een afschrift van de reactie van verzoekster van 31 januari 2023 zijn aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 20 december 2022 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in te gaan op de volgende stellingen van verzoekster, te weten:
- (i) dat het rapport van dr. De Smet, dat op 8 december 2022 aan de commissie is gestuurd, niet lijkt te zijn betrokken in het voorlopig advies, en
 - (ii) dat de infiltraties alleen betrekking hebben op artrose van het DRUJ-gewricht en niet op de TFCC-problematiek.
- 2.8. Bij brief van 8 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 februari 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 22 februari 2023 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Superfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft chronische polsklachten rechts. Er is daarbij sprake van een scheur in het Triangulaire Fibro Cartilagineuze Complex (TFCC). De huisarts heeft verzoekster bij brief van 24 februari 2022 doorverwezen naar het UZ te Leuven, België, vanwege "dagopname i.v.m. infiltratie DRUJ".
- 3.3. Op 2 maart 2022 heeft verzoekster per e-mail het contactformulier aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij zij vermeldde dat zij naar het buitenland wilde gaan voor een "vervolgbehandeling orthopedie". De volgende dag deed verzoekster per e-mail een aanvraag voor een botscan en infiltratie. Het formulier waarin om afgifte van een S2-formulier werd gevraagd, werd met dagtekening 4 maart 2022 aan de ziektekostenverzekeraar geretourneerd.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 3 maart 2022 vroeg de ziektekostenverzekeraar verzoekster om toezending van de verwijzing, aan welk verzoek zij gevolg heeft gegeven. Hierna werd haar gevraagd om het verslag van de consultatie op 10 januari 2022. In het betreffende stuk heeft de behandelend arts in België over verzoekster verklaard:

"Wij zagen [verzoekster] op de raadpleging handchirurgie op 10-01-2022.

Reden van komst:

Ulnaire pijnklachten pols rechts.

Voorgeschiedenis:

07-01-2019: Polsarthroscopie rechts met shaving synovitis radiocarpaal

30-01-2020: Polsarthroscopie rechts met biopname synovitis en debridement TFCC letsel

11-12-2020: Ulnaverkortingsosteotomie rechts

Anamnese:

Klachten status quo. Met name pijn over dorsale zijde pols bij roteren endorsaalflexie. Heeft enige verlichting klachten ervaren na operatieverkortingsosteotomie.

Lichamelijk onderzoek:

Drukpijn over DRUJ en distale ulna. Dorsaalflexie fors beperkt. Supinatie ook fors beperkt.

Aanvullende onderzoeken:

CT scan beide polsen: laat congruent DRUJ gewricht zien, geen luxatie.

Conclusie:

Aanhoudende klachten ulnodorsale zijde pols rechts bij status na a-scopische nettoyage TFCC en verkorting. Bij DRUJ artrose? of primair bij TFCCproblematiek.

Beleid:

Een botscan en infiltratie DRUJ zijn aangevraagd. We zien patiënt retour nadien."

Het verslag is op 16 maart 2022 door verzoekster nagestuurd. Omdat het op bepaalde punten geen duidelijkheid bood, heeft de ziektekostenverzekeraar - via verzoekster - nadere vragen gesteld aan de behandelend arts in België. Nadien heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, met brief van 21 maart 2022, deze arts rechtstreeks benaderd. Op 4 april 2022 volgde een afwijzing van de aanvraag per e-mail.

- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 20 april 2022 verzocht om heroverweging van zijn afwijzende beslissing. Bij e-mailbericht van 22 april 2022, en brief van gelijke datum aan de behandelend arts in België, deelde de ziektekostenverzekeraar haar mee zijn beslissing te handhaven.
- 3.6. Het Zorginstituut heeft bij brief van 20 december 2022 een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 8 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de op 10 maart 2022 te Leuven uitgevoerde infiltratie met lidocaïne en corticosteroïden moet vergoeden.
- 4.2. In dat verband stelt zij al vanaf 2018 aldaar onder behandeling te zijn. De ziektekostenverzekeraar verlangt van haar dat zij telkens opnieuw een aanvraag doet. Om die reden heeft zij ook begin 2022 verzocht om toezending van een S2-formulier. Op haar verzoek volgde ditmaal een afwijzing. Volgens verzoekster is dit ten onrechte. De aangevraagde behandeling voldoet namelijk wel aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals blijkt uit de publicaties waarnaar de behandelend arts in België verwijst. Het gaat hierbij om:
 DeSmet L (2006) The distal radio ulnar joint in rheumatoid arthritis. Acta Othop Belg 72: 381-386
 Murray P M, Adams J E, Lam J, Osterman A L, Wolfe S (2010) Disorders of the distal radioulnar joint. Instr Course Lect 59: 295-311
 Koski J M, Hermunen H (2001) Intra-articular glucocorticoid treatment in the rheumatoid wrist: an ultrasonographic study. Scand J Rheumatol 30: 268-270
 Sander, A. L., Sommer K., Kaiser, A.K. et al. Outcome of conservative treatment for triangular fibrocartilage complex lesions with stable distal radioulnar joint. Eur J Trauma Emerg Surg 47: 1621-1625 (2021)
 Toegevoegd door de fysiotherapeut die betrokken is bij de behandeling van verzoekster: Dunn, J.C. et al: Surgical Repair of Acute TFCC Injury. AAHS, 2020, Vol. 15 (5) 674-678
- 4.3. Verzoekster meent dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar een verkeerde beoordeling heeft uitgevoerd, omdat hij aanvankelijk heeft geconcludeerd dat infiltratie bij een

scheur in het TFCC niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Het betreft hier echter een infiltratie van het DRUJ-gewricht. Infiltratie is een standaardbehandeling, die met grote regelmaat wordt toegepast. In dit geval is het doel enerzijds pijnreductie. Anderzijds gaat het ook om een diagnostisch doel, want als de infiltratie helpt, dan komt de pijn dus uit het geïnfiltreerde gewricht. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar zou bij onduidelijkheid hierover contact moeten zoeken met de arts in België.

Verzoekster tekent nog aan dat de afwijzing door de ziektekostenverzekeraar voor haar grote financiële consequenties heeft.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat het voorlopig advies van het Zorginstituut van 20 december 2022 op meerdere punten niet juist is. Zo heeft verzoekster op 8 december 2022 aan de commissie een rapport gestuurd dat is opgesteld door dr. De Smet. Hierin wordt geconcludeerd dat de resultaten van het toedienen van de injecties positief zijn. Het lijkt erop dat het Zorginstituut dit rapport niet heeft meegenomen bij het opstellen van het voorlopig advies.

Daarnaast wordt door het Zorginstituut in het voorlopig advies, net als door de ziektekostenverzekeraar, stevast gesproken over een scheur in het TFCC en dat de injecties hiervoor waren bedoeld. Dit is onjuist, omdat de scheur in het TFCC al in een eerder stadium is behandeld. De thans in geschil zijnde kosten hebben betrekking op de in maart 2022 uitgevoerde injecties. Deze injecties zagen op een andere indicatie, te weten artrose in het DRUJ-gewricht en dus niet op een scheur in het TFCC.

Voorts geldt dat verzoekster in 2018 of 2019 een soortgelijke behandeling heeft ondergaan. Destijds zijn de kosten wél door de ziektekostenverzekeraar vergoed.

- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

- 4.6. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut stelt verzoekster dat het opmerkelijk is dat alle stukken die zij heeft overgelegd niet relevant worden geacht, terwijl de stukken die de ziektekostenverzekeraar heeft overgelegd volgens het Zorginstituut wél waardevol zijn. Verder heeft verzoekster contact gehad met een universitair ziekenhuis in Nederland. Dit ziekenhuis heeft verklaard infiltratie in het DRUJ-gewricht als eerste behandeloptie te beschouwen. Dat deze behandeling niet zou voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk acht verzoekster om die reden niet aannemelijk.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat infiltratie van het DRUJ-gewricht met lidocaïne en corticosteroïden bij chronische pijnklachten van de pols niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij zijn beoordeling is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van het document 'Stand van de Wetenschap en Praktijk' uit 2015 van het Zorginstituut Nederland. Ten aanzien van de door verzoekster aangehaalde publicaties verklaart de ziektekostenverzekeraar het volgende:
- het artikel van De Smet gaat niet over injecties met corticosteroïden of pijnstilling;
 - de artikelen van Murray en Dunn betreffen geen origineel onderzoek;
 - het artikel van Koski maakt een vergelijking tussen twee verschillende soorten injecties en is daarmee niet toepasbaar om de toegevoegde waarde van injecties op zich te beoordelen;
 - het artikel van Sander maakt een vergelijking tussen conservatieve behandeling (inclusief injecties) en een operatie en is daarmee niet toepasbaar om de toegevoegde waarde van injecties op zichzelf te beoordelen ten opzichte van placebo/conservatief beleid zonder injecties.
- De arts in België is hierover geïnformeerd en kan desgewenst contact zoeken met de medisch adviseur.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop toegelicht dat volgens verzoekster alleen sprake is van injecties in het DRUJ-gewricht. In de stukken van de behandelend arts wordt echter ook gesproken over injecties in verband met TFCC-problematiek. Om die reden

heeft de ziektekostenverzekeraar een literatuuronderzoek gedaan, waarbij is gekeken naar beide indicaties, dus zowel 'artrose in het DRUJ-gewricht' als 'TFCC- problematiek'. Gebleken is dat infiltraties bij beide indicaties niet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Een en ander blijkt uit 45 publicaties. Bij brief van 11 oktober 2021 is aan de commissie een lijst gestuurd met een overzicht hiervan.

- 5.3. 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 28 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"In geschil is de vraag of de behandeling met infiltraties in de pols met lidocaïne en corticosteroiden bij een scheur in de TFCC voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Onderzoek verweerder

In de brief van 24 augustus 2022 geeft verweerder aan welk onderzoek is verricht naar de stand van de wetenschap en praktijk. Er is een brede literatuursearch uitgevoerd met zoektermen 'distal radioulnarjoint OR DRUJ OR triangular fibrocartilage complex OR TFCC) AND (Injection or Treatment)'. Dit leverde 2161 resultaten op. Vervolgens heeft verweerder de resultaten gefilterd op internationale richtlijnen en RCT's. Dit leverde geen richtlijnen op die ingaan op de diagnose interventie combinatie. Wel heeft verweerder mogelijk relevante richtlijnen geraadpleegd, maar hierin wordt geen advies over het toepassen van intra-articulaire injecties bij DRUJ/Hand artrose of TFCC problematiek gevonden. Van de 45 gevonden RCT's betrof geen één vergelijkend onderzoek bij DRUJ artrose dan wel TFCC problematiek.

Ook de door de behandelaar aangeleverde wetenschappelijke literatuur is door verweerder beoordeeld. Deze literatuur is volgens verweerder niet relevant voor het beantwoorden van de vraag of infiltraties in de pols met lidocaïne en corticosteroiden bij een scheur in de TFCC meerwaarde heeft ten opzichte van placebo/conservatief beleid zonder injecties.

Beoordeling 'stand van de wetenschap en praktijk' door het Zorginstituut

Ulnocarpale pijn kan verschillende oorzaken hebben. TFCC laesies en instabiliteit van het DRU gewricht vallen hieronder.

Verweerder lijkt een zorgvuldig onderzoek te hebben uitgevoerd naar de stand van de wetenschap en praktijk van het toedienen van intra-articulaire injecties bij DRUJ artrose of TFCC klachten.

Er zijn door het Zorginstituut geen richtlijnen gevonden die deze specifieke indicatie - interventie combinatie behandelen. Wel bestaat de meer algemene NHG standaard Hand en Polsklachten (2021). De aanbeveling hierin is geen reden om een ander standpunt in te nemen dan verweerder.

Ook het Zorginstituut acht de literatuur waarnaar de behandelaar verwijst niet relevant voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk.

Nader onderzoek

Verweerder geeft met betrekking tot de gevonden publicaties aan dat er 45 RCT's werden gevonden. Geen van de gevonden artikelen betroffen vergelijkend onderzoek tussen injecties (met corticosteroiden of pijnstilling) en operatieve interventies of conservatief beleid bij patiënten met DRUJ artrose dan wel TFCC problematiek. De resultaten van het uitgevoerde literatuuronderzoek en de bespreking daarvan zijn echter niet opgenomen in het dossier. Om te beoordelen of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk heeft het Zorginstituut deze informatie nodig.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

- 6.2. In het voorlopig advies van 20 december 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling 'stand van de wetenschap en praktijk' door het Zorginstituut
Ulnocarpale pijn kan verschillende oorzaken hebben. TFCC laesies en instabiliteit van het DRU gewricht vallen hieronder.

Verweerder heeft een zorgvuldig onderzoek uitgevoerd naar de stand van de wetenschap en praktijk van het toedienen van intra-artculaire injecties bij DRUJ artrose of TFCC klachten. Uit de brief van verweerder d.d. 11 oktober 2022 blijkt inderdaad dat geen van de door verweerder gevonden artikelen resultaten betreft van een vergelijking van het toepassen van intra-artculaire injecties bij DRUJ/handartrose of TFCC met standaard behandeling. Verweerder komt terecht tot de conclusie dat de meerwaarde van lidocaïne / corticosteroïd infiltratie van polsgewricht in verband met letsel in het TFCC ten opzichte van de gebruikelijke behandeling niet is aangetoond.

Er zijn door het Zorginstituut geen richtlijnen gevonden die deze specifieke indicatie - interventie combinatie behandelen. Wel bestaat de meer algemene NHG standaard Hand en Polsklachten (2021). De aanbeveling hierin is geen reden om een ander standpunt in te nemen dan verweerder.

Ook het Zorginstituut acht de literatuur waarnaar de behandelaar verwijst niet relevant voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut merkt op dat het meegestuurd rapport geen aanleiding geeft om tot een andere conclusie te komen. In het rapport staat; "Other attempts to improve joint function and pain control have seen some success through the intra-articular injection of HA, especially in its highly cross-linked form. Nevertheless, HA is expensive and has not been shown to arrest disease progression or attain a clear advantage for symptom control over NSAIDS" en, zonder verdere waardering, dat: "Non-surgical management of distal radioulnar joint (DRUJ) osteoarthritis (OA) includes supportive general measures including analgesia and steroid or hyaluronan (HA) injections into the joint itself." Dit is niet voldoende om te concluderen dat de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Het Zorginstituut concludeert dat lidocaïne / corticosteroïd infiltratie van polsgewricht in verband met letsel in het TFCC niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Lidocaïne / corticosteroïd infiltratie van polsgewricht in verband met letsel in het Triangulaire Fibro Cartilagineuze Complex maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

- 6.3. In het definitief advies van 8 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

U hebt het Zorginstituut gevraagd om in te gaan op twee stellingen van verzoekster, namelijk dat 'het rapport van dr. De Smet' niet meegenomen is in het voorlopig advies en de infiltraties alleen betrekking hebben op artrose van het DRUJ gewricht en niet op de TFCC-problematiek. Naar aanleiding van deze stellingen merkt het Zorginstituut het volgende op.

Het Zorginstituut heeft bij de SKGZ nagevraagd wat precies bedoeld wordt met het 'rapport van dr. De Smet'. Het blijkt te gaan om het rapport van de IFSSH. Op dit rapport wordt expliciet ingegaan door het Zorginstituut in het advies van 20 december 2022, in de laatste alinea voor de conclusie. De informatie in het rapport is niet voldoende om te concluderen dat de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Naar aanleiding van de tweede stelling merkt het Zorginstituut op dat de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk betrekking heeft op het toedienen van intra-articulaire injecties bij DRUJ/handartrose én TFCC klachten. Dit wordt ook aangegeven in het advies. Voor de indicatie DRUJ/handartrose kan dezelfde conclusie worden getrokken als voor TFCC.

Lidocaïne/corticosteroïd infiltratie van het polsgewricht in verband met DRUJ/handartrose voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 80 van de Algemene regels van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 en de stand van de wetenschap en praktijk alsmede artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 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.

Zorgverzekering

- 8.2. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval België - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Verzoekster heeft, voordat de behandeling werd uitgevoerd, de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De commissie constateert dat de aanvraag werd gedaan op 3 maart 2022, en dat het formulier waarmee werd verzocht om toezending van een S2-formulier is geretourneerd met dagtekening 4 maart 2022. De behandeling vond plaats op 10 maart daaropvolgend. Daarmee is de ziektekostenverzekeraar geen redelijke termijn gegund om op de aanvraag te beslissen en blijft de verordening buiten toepassing (Stamatalaki, C444/05). Onder bijzondere omstandigheden kan het toestemmingsvereiste de verzekerde echter niet worden tegengeworpen, zo blijkt uit jurisprudentie van het Europese Hof (Elchinov, C173/09). Alvorens in te gaan op de vraag of dergelijke bijzondere omstandigheden hier aan de orde zijn, moet worden vastgesteld dat voor toepassing van voornoemd artikel uit de verordening de voorwaarde geldt dat de betreffende vorm van zorg behoort tot het verzekerde pakket in Nederland. Met de verordening is namelijk geen uitbreiding van de verzekerde prestaties beoogd. Waar het gaat om het antwoord op de vraag of de onderhavige behandeling behoort tot het verzekerde pakket in Nederland overweegt de commissie als volgt.

- 8.3. Verzoekster heeft in maart 2022 injecties gehad in haar pols. Volgens verzoekster werden deze injecties gezet vanwege artrose in het DRUJ-gewricht. De ziektekostenverzekeraar stelt zich daarentegen op het standpunt dat in de stukken van de behandelend arts ook worden gesproken over injecties in verband met letsel in het Triangulaire Fibro Cartilagineuze Complex (TFCC). De commissie kan dit laatste standpunt, gelet op de verklaring van deze arts van 29 maart 2023 waarin wordt gesproken over een "gekende scheur in het TFCC complex", volgen. Daarom zal de commissie beoordelen of lidocaïne / corticosteroïde injecties in de pols bij de indicaties 'artrose in het DRUJ-gewricht' en/of 'TFCC-problematiek' voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals bedoeld in artikel 24, onder a, van de Algemene regels van de zorgverzekering, en daarmee behoren tot het verzekerde pakket in Nederland. De commissie neemt bij haar beoordeling tot uitgangspunt het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469.
- 8.4. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn, die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 8.5. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of het toedienen van intra-articulaire injecties met lidocaïne / corticosteroïden bij DRUJ/handartrose én TFCC klachten in de pols overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend voor de commissie.
- 8.6. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 8.7. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de bij verzoekster op 10 maart 2022 uitgevoerde ingreep. Het advies van 20 december 2022 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut concludeert dat de ziektekostenverzekeraar terecht tot de conclusie is gekomen dat de meerwaarde van lidocaïne / corticosteroïd infiltratie van het polsgewricht bij DRUJ/handartrose én in verband met letsel in het TFCC ten opzichte van de gebruikelijke behandeling niet is aangetoond. Daarnaast heeft het Zorginstituut geen richtlijnen gevonden die deze specifieke indicatie - interventie combinatie - behandelen. Ten aanzien van de door verzoekster overgelegde publicaties stelt het Zorginstituut dat deze onvoldoende zijn om te concluderen dat de behandeling wél voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. De commissie ziet in hetgeen verzoekster in reactie op het definitief advies heeft gesteld - met name over de waardering van de door haar aangeleverde publicaties en over het contact dat zij naar haar zeggen hierover heeft gehad met een universitair ziekenhuis - geen aanleiding van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken. Bedoelde publicaties, waaronder ook die van dr. De Smet, zijn door het Zorginstituut meegenomen bij de beoordeling. Dat een bepaald (universitair) ziekenhuis mogelijk de behandeling uitvoert, is niet maatgevend waar het de uit te voeren beoordeling aan de hand van de stand van de wetenschap en praktijk betreft. Ook het gegeven dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de injecties in het verleden mogelijk wel heeft vergoed, maakt de uitkomst niet anders. Gezien het voorgaande neemt de commissie het advies van het Zorginstituut over. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar op grond van

de zorgverzekering niet is gehouden tot vergoeding van de kosten van de in het geding zijnde behandeling en dat de toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 verzoekster terecht werd onthouden. De vraag of sprake is van bijzondere omstandigheden als bedoeld in het onder 8.2 genoemde arrest Elchinov behoeft om die reden geen beantwoording meer.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.8. De aanvullende ziektekostenverzekering kent voor zorg die wordt genoten in België of Duitsland de mogelijkheid tot een aanvulling. Voorwaarde hierbij is dat de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt. Aan deze voorwaarde is niet voldaan, zoals in de voorgaande overwegingen is vastgesteld.

Slotsom

- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 maart 2023,

J.W. Heringa

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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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 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 gehemertespleten, 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.

● Voorwaardelijk toegelaten zorg

Meedoen aan onderzoek naar nieuwe behandelingen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% als u meedoet aan het onderzoek
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	100% in sommige situaties
OntzorgPlus	100% in sommige situaties

● Wat u vergoed krijgt

De overheid bepaalt welke zorg de basisverzekering vergoedt. Die zorg wordt ook wel 'het basispakket' genoemd.

Omdat de zorg steeds in ontwikkeling is, bepaalt de overheid niet alles in detail. Een algemene grens aan het basispakket is dat zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Als nieuwe zorg daaraan voldoet, kan deze in het basispakket komen zonder dat er steeds een aanpassing van de wettelijke regels nodig is.

Zorginstituut Nederland onderzoekt wat de stand van de wetenschap is, en publiceert daarover. Zo wordt duidelijk wat op een bepaald moment wel en niet in het basispakket zit.

Soms lijkt een behandeling, geneesmiddel of hulpmiddel effectief voor een bepaalde groep patiënten. Maar is er nog niet genoeg onderzoek gedaan om dit met zekerheid te kunnen zeggen. Dan voldoet die zorg nog niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De overheid kan de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel dan voor een bepaalde tijd toch toevoegen aan het basispakket. In die periode wordt dan onderzoek gedaan naar de effectiviteit ervan.

Bent u een van de patiënten voor wie de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel zou kunnen werken? Dan kunt u deze vergoed krijgen. U moet wel meedoen aan het wetenschappelijk onderzoek.

In het document [voorwaardelijke toelating tot het basispakket](#) staat:

- welke zorg op dit moment voorwaardelijk is toegelaten tot het basispakket
- welke patiënten de zorg kunnen krijgen
- aan welk onderzoek u moet meedoen om de kosten ervan vergoed te krijgen
- voor welke periode de zorg is toegelaten
- waar u terecht kunt

Elke 3 maanden kan de Minister nieuwe behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen toelaten. Daarom kan het document in de loop van het jaar worden aangepast.

De aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt soms de voorwaardelijk toegelaten zorg voor kanker, als de basisverzekering die niet vergoedt.

● **Wat u zelf betaalt**

Het eigen risico

Voor voorwaardelijk toegelaten zorg geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

Geen eigen bijdrage

Voor voorwaardelijk toegelaten zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

● **Dit moet u zelf doen**

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar het ziekenhuis gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts').

Met OntzorgPlus moet u contact met ons opnemen

Neem voordat u de behandeling krijgt contact op met onze ZorgConsulent. Die kan ook met u meedenken over andere vragen rondom uw zorg.

● **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.

De basisverzekering vergoedt de zorg alleen binnen het onderzoek en de periode van toelating

De basisverzekering vergoedt de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel alleen als u meedoet aan het onderzoek naar de effectiviteit ervan. Uw arts bepaalt of u in aanmerking komt voor deelname. De zorg wordt voor een beperkte periode vergoed.

Niet bij alle ziekenhuizen of zorgverleners krijgt u vergoeding

Als u de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel krijgt in een ziekenhuis of bij een zorgverlener die niet meedoet aan het onderzoek, vergoeden wij de kosten niet.

OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

De [uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus](#) bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

● 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	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland 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 <ul style="list-style-type: none">• Ziekenhuiszorg in België of Duitsland 100%, 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
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	100% medisch specialist in België en Duitsland Alleen voor zorg in ziekenhuis

● Wat u vergoed krijgt

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. De vergoeding die u nu leest gaat over zorg die gepland kan worden, die dus niet meteen nodig is. Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

Zorg in het buitenland en reizen

Daarbij gaan we eerst in op de vergoedingen. Bij 'Dit moet u zelf doen' hieronder staat of u een verwijzing moet hebben. En wanneer u ons eerst toestemming moet vragen.

Wat vergoedt de basisverzekering?

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

De basisverzekering vergoedt de kosten van zorg in het buitenland boven het Nederlands tarief in 2 situaties. Als u zorg nodig heeft die de basisverzekering vergoedt maar:

1. u die zorg in Nederland niet kunt krijgen, of
2. u daar gezien uw medische situatie te lang op zou moeten wachten

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en gaat u voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is in die situaties soms vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar u de behandeling wilt ondergaan.

Wat vergoedt de aanvullende verzekering?

Wereldfit en Superfit vullen voor Ziekenhuiszorg in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van dat land. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat u voor ziekenhuiszorg naar een ander EU-, EER- of verdragsland dan België of Duitsland? Dan vult Superfit de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (de vergoedingen van de basisverzekering maakt hiervan deel uit). Die vergoeding geldt ook voor andere zorg uit de basisverzekering.

Krijgt u in het buitenland zorg die onder uw aanvullende verzekering valt? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden daar ook. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en vergoedingen als in Nederland. De aanvullende (tand)verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen.

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

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

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 vergoedingen als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of neem contact op met ons Service Center.

Zorg in het buitenland en reizen

Andere vergoedingen

Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

• 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. Zo werkt het eigen risico

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. Zo werkt de eigen bijdrage

• Dit moet u zelf doen

Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben

Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing of voorschrift moet hebben, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u de zorg in het buitenland krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Voor zorg in het buitenland moet u vooraf toestemming van ons hebben in 3 situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor opname of dagopname¹
- als u de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden.

• 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.

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de basisverzekering die second opinion tot maximaal het Nederlandse tarief.

Uitleg

1. Dagopname: U gaat op de dag van behandeling - met dagverpleging - weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis