

Grens aan zorg in het buitenland

Vvaa zorgverzekering 2019

Deze brochure geeft u informatie over medische zorg in het buitenland en waar u rekening mee moet houden. Met wie moet u contact opnemen als u zorg nodig heeft in het buitenland en welke vergoedingen zijn er?

Welke informatie vindt u in deze brochure?

Spoedeisende, onvoorziene zorg	3
Niet-spoedeisende, geplande zorg	5
Sommige behandelingen worden niet vergoed	7
Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) in het buitenland	8
Overzicht van contactinformatie	8

Zorgkosten in het buitenland

Gaat u met vakantie naar het buitenland? Of overweegt u om naar het buitenland te gaan voor een medische behandeling? Ga dan van tevoren na hoe het zit met de vergoeding van zorgkosten. Volledige vergoeding is namelijk niet altijd vanzelfsprekend.

Welke vergoeding u krijgt voor zorgkosten in het buitenland hangt af van een aantal factoren, zoals:

Gaat het om geplande zorg? Of gaat het om spoedeisende zorg?

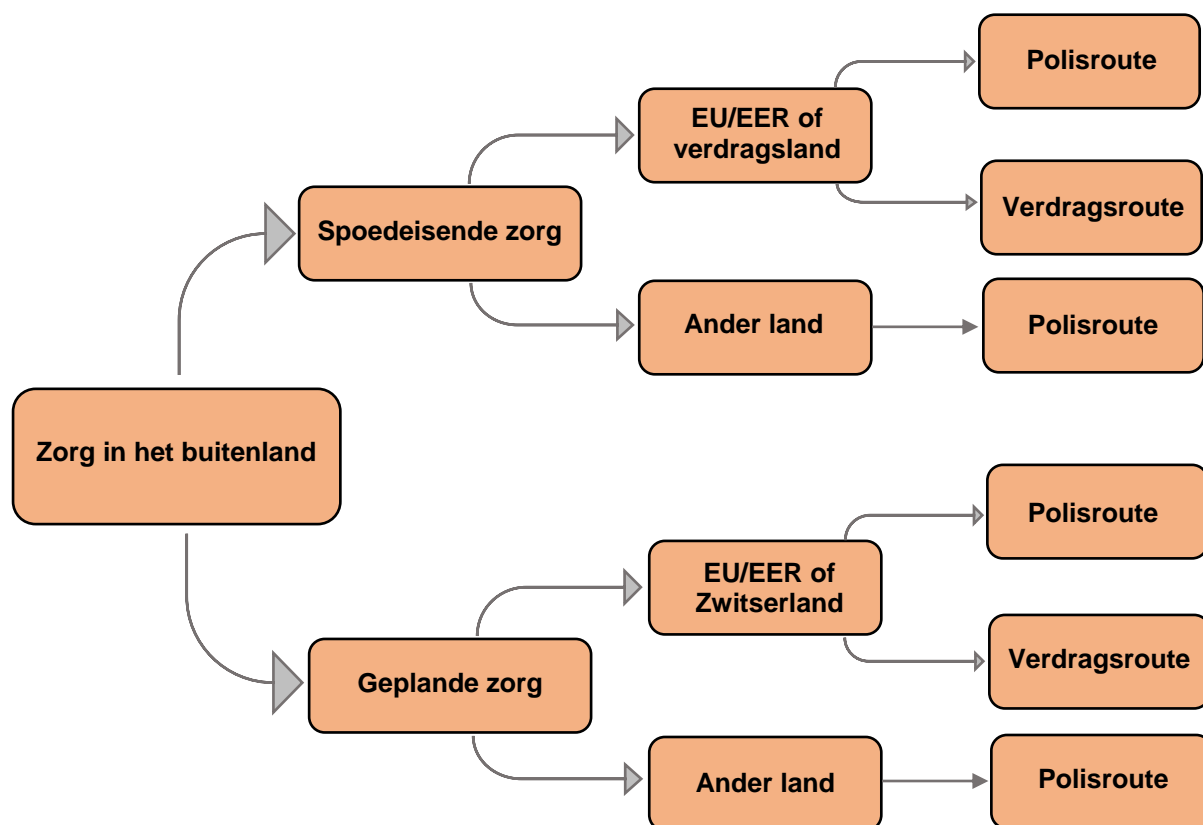
Wilt u voor een behandeling naar het buitenland? Dan spreken we van niet-spoedeisende, geplande zorg. Dit is zorg die u niet meteen nodig heeft, maar die gepland kan worden. Bijvoorbeeld wanneer u ervoor kiest om de operatie voor een nieuwe heup in het buitenland te laten plaatsvinden.

Heeft u tijdens uw verblijf in het buitenland direct medische zorg nodig? Dan spreken we van spoedeisende zorg. Dat is onverwachte medische zorg die niet kan worden uitgesteld tot u terug bent in uw woonland. Bijvoorbeeld wanneer u tijdens vakantie een acute blindedarmonsteking krijgt.

Declareert u zorg op uw verzekering bij ons? Of doet u een beroep op Europees verdragsrecht?

Soms kunt u voor vergoeding van zorgkosten een beroep doen op Europees verdragsrecht, de zogenaamde verdragsroute. Maakt u hier geen gebruik van, dan loopt de vergoeding van zorgkosten volgens de voorwaarden van de basisverzekering (en eventuele aanvullende verzekering Zorg op reis of Excellent). Wij noemen dat de polisroute.

De verschillende mogelijkheden voor vergoeding van zorg uit de basisverzekering ziet u hieronder:



Spoeisende, onvoorziene zorg

Er zijn verschillende mogelijkheden voor de vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland. Dit is mede afhankelijk van in welk land u de zorg krijgt.

1. Spoedeisende zorg in een EU-/EER-land of Verdragsland: Polisroute



De basisverzekering vergoedt spoedeisende zorg in het buitenland tot maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Dit is het wettelijke tarief of, wanneer dit er niet is, het marktconforme bedrag.

Marktconform bedrag

Het Nederlandse tarief voor ziekenhuiszorg wordt vastgesteld aan de hand van een DBC-zorgproduct. Hieronder valt alles wat een zorgverlener doet voor één zorgvraag. Stel: u breekt een been. Dan vallen alle onderzoeken, behandelingen en consulten rond dit gebroken been, binnen een bepaalde periode, onder één DBC-zorgproduct. Omdat buitenlandse zorgverleners hier niet mee werken, vertalen wij medisch-specialistische zorg buiten Nederland naar het meest passende DBC-zorgproduct. Om het marktconforme tarief te bepalen kijken wij naar de passantentarieven van DBC-zorgproducten van een aantal ziekenhuizen verspreid over Nederland. Die geven samen een representatief beeld. Passantentarieven zijn de tarieven die ziekenhuizen hanteren voor onder andere onverzekerde personen. Deze tarieven worden, zonder enige bemoeienis van zorgverzekeraars, door deze ziekenhuizen zelf vastgesteld.

Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. Als u alleen een basisverzekering heeft, dan moet u de kosten hoger dan het Nederlandse tarief zelf betalen.

Zorg op reis en Excellent

Zorg op reis vergoedt de kosten die hoger zijn dan het Nederlandse tarief voor alle spoedeisende zorg in het buitenland, wereldwijd. Zolang het bedrag dat de zorgverlener rekent niet onredelijk hoog is, vergeleken met andere zorgverleners in het land waar de behandeling plaatsvindt.

In Excellent is de Zorg op reis inbegrepen. Ook biedt Zorg op reis in bepaalde gevallen vergoeding voor (extra) kosten van vervoer, verblijf en terugreis. Deze verzekering geldt bij een verblijf in het buitenland van maximaal 180 dagen.

Wilt u weten wat Zorg op reis en Excellent precies vergoeden, en welke voorwaarden er gelden? Kijkt u dan op onze website of neem contact op met ons Service Center.

Een voorbeeld

Tijdens vakantie in Frankrijk breekt u bij een val uw been. De behandeling in het Franse ziekenhuis kost € 1.500 terwijl deze in Nederland € 900 kost. De basisverzekering vergoedt dan maximaal € 900. Het bedrag dat overblijft vergoeden wij als u Zorg op reis of Excellent heeft.

2. Spoedeisende zorg in een EU-/EER-land of verdragsland: Verdragsroute



In EU-/EER-landen en verdragslanden kunt u gebruik maken van de verdragsroute. Dit houdt in dat zorgkosten worden vergoed volgens de regels van het land waar u de zorg krijgt. De aanspraak op zorg zal in het algemeen meestal dus afwijken van de regelgeving in Nederland.

Er zijn 2 verschillende verzekeringsbewijzen waarmee u gebruik kunt maken van de verdragsroute: de EHIC (European Health Insurance Card) en Verdragsformulier 111. Deze verzekeringsbewijzen geven u recht op spoedeisende zorg bij ziekte of ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland. De regelgeving van het land waar u de zorg krijgt bepaalt dan de vergoeding. Welk verzekeringsbewijs u nodig heeft, hangt af van het land waar u verblijft.

EHIC

De EHIC ziet er in heel Europa hetzelfde uit en is 5 jaar geldig in de volgende landen:

- België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Frans Guyana, Guadeloupe, Martinique, Réunion en St. Martin), Griekenland, Hongarije, Ierland, IJsland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Macedonië, Malta, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief de Canarische eilanden Ceuta en Melilla), Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar), Zweden en Zwitserland
- Australië (bij verblijf korter dan 1 jaar)

U vindt de EHIC op de achterkant van uw zorgpas of roept deze eenvoudig op in MijnVvAA of de VvAA zorgverzekering app. Hierdoor heeft u altijd uw zorgpas bij de hand en kunt u, als dat nodig is, direct contact opnemen met onze Artsen Alarm Service. Heeft u Zorg op reis of Excellent, dan bent u verplicht contact op te nemen met onze Artsen Alarm Service.

Verdragsformulier 111

Gaat u naar Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië of Turkije (inclusief Turkse deel Cyprus), dan kunt u gebruik maken van een verdragsformulier 111.

U vraagt het verdragsformulier 111 aan bij ons Service Center. Geeft u hierbij aan:

- voor wie het verdragsformulier is: voor uzelf en/of uw gezinsleden
- voor welke periode u het formulier nodig heeft
- voor welk land u het formulier nodig heeft

3. Spoedeisende zorg in een ander land: Polisroute



Voor spoedeisende zorg in ander land dan een EU-/EER-land of verdragsland vergoeden wij altijd op basis van de voorwaarden van de basisverzekering (en eventuele aanvullende verzekering Zorg op reis of Excellent).

De basisverzekering vergoedt spoedeisende zorg in het buitenland tot maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Dit is het wettelijke tarief of, wanneer dit er niet is, het marktconforme bedrag.

Zorg op reis en Excellent

Zorg op reis vergoedt de kosten die hoger zijn dan het Nederlandse tarief voor alle spoedeisende zorg in het buitenland, wereldwijd. In Excellent is de Zorg op reis inbegrepen. Ook biedt Zorg op reis in bepaalde gevallen vergoeding voor (extra) kosten van vervoer, verblijf en terugreis. Deze verzekering geldt bij een verblijf in het buitenland van maximaal 180 dagen.

Medische hulp nodig in het buitenland? Bel met onze Artsen Alarm Service!

Heeft u medische zorg nodig in het buitenland? Dan is het handig om contact op te nemen met onze Artsen Alarm Service: +31 (0)30 241 29 08. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas.

Onze Artsen Alarm Service:

- biedt deskundige dienstverlening bij spoedeisende zorg
- kan de betaling garanderen tot het bedrag waarvoor u bent verzekerd
- staat dag en nacht voor u klaar

Heeft u de aanvullende verzekering Zorg op reis of Excellent? Dan bent u verplicht om vooraf contact op te nemen met onze Artsen Alarm Service, tenzij dit niet mogelijk is.

Niet-spoedeisende, geplande zorg

Er zijn verschillende mogelijkheden voor de vergoeding van geplande zorg in het buitenland. Dit is mede afhankelijk van in welk land u de zorg krijgt.

1. Geplande zorg in een EU-/EER-land of Zwitserland: Polisroute



De basisverzekering vergoedt zorgkosten in het buitenland tot maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Dit is het wettelijke tarief of, wanneer dit er niet is, het marktconforme bedrag.

Zorg op reis en Excellent: België en Duitsland

Gaat u voor een geplande behandeling naar België of Duitsland? Zorg op reis en Excellent vergoeden in aanvulling op de basisverzekering de kosten van medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis in België of Duitsland. Als de behandeling duurder is dan in Nederland, vergoeden Zorg op reis en Excellent dus die extra kosten.

Wilt u in aanmerking komen voor deze aanvullende vergoeding? Dan moet u vooraf contact opnemen met onze ZorgConsulent. Die begeleidt u bij uw keuze voor een zorgverlener.

Kamerkeuze in België en Duitsland

In België en Duitsland kunt u er soms voor kiezen om niet op een gemeenschappelijke kamer te liggen maar op een één- of tweepersoonskamer. Het ziekenhuis brengt hiervoor extra kosten in rekening. In België heet dit een kamersupplement, in Duitsland een Wahlleistung. Excellent en Zorgplan vergoeden deze kosten tot maximaal € 2.500 per kalenderjaar.

Zowel in België als Duitsland mag de arts een extra honorarium rekenen als u kiest voor een eenpersoonskamer. In België noemen ze dit het honorariumsupplement, in Duitsland Chefarzt-kosten. Dit zijn extra kosten die nog eens bovenop de kosten van de kamer worden gerekend. Sommige artsen rekenen 2 tot 3 keer zoveel bovenop de normale kosten. Deze kosten worden niet vergoed. Zorg er daarom voor dat het ziekenhuis u hier goed over informeert.

Excellent

Excellent vult voor (andere) zorg die onder de basisverzekering valt en die u krijgt in een EU-/EER-land of verdragsland, de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Dat is inclusief de vergoeding uit de basisverzekering.

Belangrijk om te weten

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. Het is daarom verstandig om vooraf toestemming te vragen zodat u vervelende (financiële) verrassingen achteraf voorkomt.

Zo vraagt u deze zorg aan

Om uw aanvraag te beoordelen, hebben wij dit van u nodig:

- verwijzing van uw arts of specialist in Nederland
- behandelplan en begroting (in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal)
- naam en adres van de arts in het buitenland
- startdatum en duur van de behandeling

U kunt deze informatie digitaal insturen via ons contactformulier. Of per post:

VvAA zorgverzekering
t.a.v. afdeling machtigingen
Postbus 168
3990 DD Houten

Als u dat wilt, kunt u de gegevens t.a.v. onze medisch adviseur sturen. Wij proberen u binnen 5 werkdagen een reactie te geven.

2. Geplande zorg in een EU-/EER-land of Zwitserland: verdragsroute



U kunt niet-spoedeisende zorg in EU-/EER-landen en Zwitserland in bepaalde gevallen vergoed krijgen volgens de plaatselijke regels. Daarvoor moet u vooraf onze toestemming hebben. Deze toestemming vraagt u met ons aanvraagformulier S2-formulier. Als u toestemming krijgt worden de kosten vergoed volgens de voorwaarden en tarieven van het land waar u wordt behandeld.

Voor een groot deel van de kosten ontvangt u dan geen rekeningen. In het land waar u behandeld wordt kan wel een eigen bijdrage gelden. Die moet u dan meestal zelf aan de zorgverlener betalen. Als de totale kosten lager zijn dan in Nederland kunt u de kosten van zo'n eigen bijdrage van ons (deels) vergoed krijgen.

Voorbeeld eigen bijdrage

U gaat naar België voor een nieuwe heup. Vooraf heeft u hiervoor onze toestemming gekregen en een S2-formulier ontvangen. De behandeling in België kost € 9.500. Iemand die in België verzekerd is, krijgt hiervan € 9.000 vergoed. Volgens de plaatselijke regels van België geldt dus een eigen bijdrage van € 500. Omdat u gebruik maakt van de verdragsroute, vergoeden wij volgens de Belgische regels € 9.000 aan het Belgische ziekenhuis.

Stel dat dezelfde behandeling in Nederland € 9.200 kost. Dan vergoeden wij niet alleen de € 9.000 aan het Belgische ziekenhuis, maar ook € 200 van de eigen bijdrage van € 500. De vergoeding wordt dus aangevuld tot het Nederlandse marktconforme bedrag. Er blijft in dit voorbeeld een restbedrag van € 300 over. Dit bedrag moet u zelf betalen, omdat de kosten hoger zijn dan in Nederland.

Zo regelt u toestemming

Voor het verwerken van uw aanvraag hebben wij het volgende nodig:

- volledig ingevuld aanvraagformulier S2
- verwijzing van uw huisarts, óf
- verwijzing van een Nederlandse specialist met behandelvoorstel. Deze zijn nodig als u met een verwijzing van uw huisarts eerst in Nederland naar een specialist bent geweest en de behandeling in het buitenland wilt voort zetten

Het aanvraagformulier S2-formulier vindt u op onze website of vraagt u aan bij ons Service Center. U kunt deze informatie digitaal insturen via ons contactformulier. Of per post:

VvAA zorgverzekering
t.a.v. afdeling machtigingen
Postbus 168
3990 DD Houten

Als u dat wilt, kunt u de gegevens t.a.v. onze medisch adviseur sturen.

Dient u de aanvraag niet tijdig in? Dan kunnen wij u geen S2-formulier verstrekken. Stuur ons daarom het aanvraagformulier minimaal 5 werkdagen voor uw behandeling in het buitenland begint.

3. Geplande zorg in een ander land: polisroute



Voor geplande zorg in ander land dan een EU-/EER-land of Zwitserland vergoeden wij altijd op basis van de voorwaarden van uw zorgpolis.

De basisverzekering vergoedt geplande zorg in het buitenland tot maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Dit is het wettelijke tarief of, wanneer dit er niet is, het marktconforme bedrag.

Sommige behandelingen worden niet vergoed

Hieronder vermelden we behandelingen waarvan de kosten niet worden vergoed. Deze lijst is niet volledig, maar bevat de behandelingen waarover we veel vragen krijgen:

- Assisted hatching (bij ivf/icsi)
- Hyperthermie, bij bepaalde medische indicaties
- Metal-on-Metal prothese (MoM) / Birmingham Hip Resurfacing (BHR)
- Niet-reguliere behandelingen in verband met het Chronische vermoeidheidssyndroom CVS/ME
- Niet-reguliere behandelingen in verband met de ziekte van Lyme
- Revalidatiebehandelingen
- Zorg die in Nederland voorwaardelijk is toegelaten

Hieronder lichten we een aantal van de genoemde behandelingen verder toe.

Assisted hatching

Assisted hatching is een techniek die wordt gebruikt bij ivf- of icsi-behandelingen. Het Zorginstituut Nederland heeft geconcludeerd dat assisted hatching niet bewezen effectief is en de basisverzekering (en aanvullende verzekeringen) vergoeden deze behandeling daarom niet.

Hyperthermie

Hyperthermie is een behandeling tegen kanker waarbij (een deel van) het lichaam kunstmatig wordt verwarmd. Hyperthermie wordt gegeven om de werking van radiotherapie (bestraling) of chemotherapie te versterken. De behandeling wordt momenteel alleen bij bepaalde vormen van kanker toegepast.

Revalidatiebehandelingen

De basisverzekering vergoedt revalidatie als er sprake is van behandeling door een multidisciplinair team van deskundigen. Dit team moet onder leiding staan van een medisch specialist. De kosten van een opname worden alleen vergoed als dit betere of snellere resultaten oplevert. Revalidatietrajecten in het buitenland voldoen niet altijd aan de criteria voor revalidatie zoals dat in de basisverzekering is bedoeld. Als dat het geval is, wordt zo'n traject soms niet of niet helemaal vergoed.

Zorg die in Nederland voorwaardelijk is toegelaten

Van een behandeling die voorwaardelijk is toegelaten tot het basispakket is de effectiviteit nog niet wetenschappelijk bewezen. Een voorwaardelijk toegelaten behandeling wordt voor een vastgestelde periode opgenomen in de dekking van de basisverzekering. In die periode kunnen onderzoekers gegevens verzamelen over de effectiviteit van de behandeling. U moet de behandeling dan wel krijgen in een ziekenhuis dat meedoet aan het onderzoek. De basisverzekering vergoedt deze behandeling daarom niet wanneer u die in het buitenland krijgt.

Welke behandelingen in Nederland voorwaardelijk zijn toegelaten, staat in het document voorwaardelijke toelating tot het basispakket.

Meer weten?

Wilt u meer informatie of heeft u specifieke vragen? Neem dan contact op met onze ZorgConsulent.

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor gespecialiseerde ggz en opname dan in Nederland. Daardoor is misschien niet alles verzekerd. Ook is deze zorg niet altijd van dezelfde kwaliteit als in Nederland. Onderzoek wijst bijvoorbeeld uit dat in bepaalde gevallen ambulante behandelingen voor verslavingszorg in Nederland beter zijn dan vergelijkbare behandelingen (met opname) in het buitenland¹. Daarnaast vragen sommige klinieken in het buitenland een hoge eigen bijdrage die niet voor vergoeding in aanmerking komt.

Ambulante en klinische zorg in het buitenland

Voordat u gebruik maakt van gespecialiseerde ggz in het buitenland is het belangrijk om te weten of het voor uw behandeling nodig is dat u wordt opgenomen of dat de behandeling ambulant kan plaatsvinden. Bij een ambulante behandeling gaat u naar een zorgverlener voor bijvoorbeeld gesprekken of groepsbijeenkomsten en daarna weer naar huis.

Soms is een opname nodig voor een goed resultaat van de behandeling. Dit betekent dat u dan bij de ggz zorgaanbieder overnacht. Dit noemen we klinische zorg.

Belangrijk om te weten

Verschillende ggz-klinieken in het buitenland leveren alleen ambulante zorg. Maar omdat het niet altijd mogelijk is om heen en weer te reizen, moet u er ook overnachten. Als u in zo'n geval alleen een indicatie heeft voor ambulante zorg, dan moet u de kosten voor overnachting zelf betalen.

Voor een opname vanwege verslavingszorg of een eetstoornis, heeft u vooraf onze toestemming nodig. Dit geldt ook wanneer de behandeling in het buitenland plaatsvindt. Dit doen wij omdat wij u graag begeleiden naar doelmatige zorg die voldoet aan de kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroep. Dit voorkomt dat u achteraf zelf moet (bij)betalen. Wilt u meer weten, neem (ook) vooraf contact op met onze ZorgConsulent.

Wilt u meer weten over een behandeling in het buitenland? Bel onze Zorgconsulent

De hoogte van de vergoeding wordt bepaald door verschillende aspecten, onder andere de indicatie, soort behandeling (ambulant of klinisch) en duur van de behandeling. De Zorgconsulent kan u hier meer informatie over geven.

Overzicht van contactinformatie

Waar gaat uw vraag over?	Met wie kunt u contact opnemen?	Telefoon	Belangrijk
*Geplande zorg in België of Duitsland *Aanvraag S2-formulier	VvAA zorgconsulent	0800 668 96 67	Voor de aanvullende vergoeding op de VvAA zorg op reis en Excellent is vooraf contact met de Zorgconsulent verplicht Een S2-formulier moet vooraf aan de behandeling worden verkregen
*Spoedeisende zorg in het buitenland *Hulp bij het zoeken van een zorgverlener bij tijdelijk verblijf in het buitenland	Artsen Alarm Service	+31 (0)30 241 29 08	Voor de aanvullende vergoeding op de VvAA zorg op reis en Excellent is contact met de Artsen Alarm Service verplicht
*Declaraties en vergoedingen *EHIC, 111-formulier, verzekeringsverklaring	VvAA service center	030 639 64 00	

¹ Trubendorffer 2014, Verslavingszorg in beeld 2014