

Bachelorscriptie

Grensoverschrijdende zorg

Wordt het toestemmingsvereiste nog steeds gehanteerd en hoe wordt het vormgegeven?



Rotterdam, 3 september 2008

Naam: Sandra van Roermund

Examenummer: 294529

Straat: Brandkraanpad 125

Postcode + Plaats: 3063 SC Rotterdam

E-mailadres: 294529sr@student.eur.nl

Begeleider: Mr.dr. M.A.J.M. Buijsen

Meelezer: Dr. A.P. den Exter

Bachelorscriptie Gezondheidswetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam

Voorwoord

Mijn dank gaat uit naar alle mensen die het maken van deze bachelorscriptie mogelijk hebben gemaakt, in het bijzonder mijn begeleider, de heer Buijsen, en mijn meelezer, de heer Den Exter. Daarnaast wil ik ook de volgende personen bedanken voor hun medewerking:

- Dhr. Hamilton
- Dhr. Aarnhout
- Dhr. Schotsman
- Mevr. De Jong
- Dhr. Wissink
- Mevr. Wauben
- Mevr. Waardenburg

Hartelijk dank!

Sandra van Roermund

Samenvatting

Het doel van deze scriptie is in kaart te brengen in welke mate zorgverzekeraars het autorisatieprincipe voor grensoverschrijdende zorg nog hanteren. Het gaat hierbij om de vraag of verzekerden vanuit hun basisverzekering verplicht zijn om voorafgaand aan voorziene zorg toestemming te moeten vragen aan de verzekeraar. De onderzoeksvraag hierbij luidde: Hanteren zorgverzekeraars nog steeds het autorisatieprincipe, en zo ja hoe wordt dat vormgegeven?

Het toestemmingsvereiste stond vroeger wel in de Ziekenfondswet, maar niet in de Zorgverzekeringswet. De wetgever heeft de keuze om het vereiste wel of niet te hanteren aan de verzekeraar overgelaten. Door middel van het onderzoeken van de polisvoorwaarden van basisverzekeringen is bekeken hoeveel verzekeraars het vereiste nu nog hanteren. Van de 38 onderzochte verzekeraars hanteren 23 het vereiste nog bij ten minste één polis. In 38 polissen is een toestemmingsvereiste opgenomen, wat neerkomt op 66%. Het vereiste komt binnen de verschillende polisvarianten ongeveer even vaak voor. Voor de vormgeving van het vereiste kunnen vijf categorieën onderscheiden worden, waarvan één categorie zonder het vereiste en vier categorieën met het vereiste en eventueel nog aanvullende voorwaarden/bepalingen.

Uit de vragenlijsten die naar zorgverzekeraars zijn gestuurd is gebleken dat er grofweg twee motieven zijn om het toestemmingsvereiste te hanteren. Het eerste is de bescherming van verzekerden tegen experimentele of ongebruikelijke zorg. Ten tweede het voorkomen van verrassingen als verzekerden ineens toch (een deel van) de kosten zelf moeten betalen. Het was opvallend dat twee verzekeraars aangaven het vereiste te hanteren op basis van de Zorgverzekeringswet, hoewel het vereiste daar niet meer in voor komt.

De meeste verzekeraars beoordelen een toestemmingsaanvraag door te controleren of het gaat om gebruikelijke, medisch noodzakelijke zorg. Indien een verzekerde vooraf geen toestemming vraagt, ook al moet dit volgens de polisvoorwaarden wel, krijgt hij bij de meeste verzekeraars toch (een deel van) de kosten vergoed, hoewel er uitzonderingen zijn.

Het algemene beeld dat uit de vragenlijsten naar voren is gekomen is dat er nog veel onbekend of onduidelijk is met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. Zo is het dus niet altijd duidelijk dat het vereiste niet meer is opgenomen in de wet, en ook hoeveel kosten eraan zijn verbonden is niet duidelijk.

Het antwoord op de onderzoeksvraag luidt: een groot deel van de verzekeraars hanteert nog steeds het toestemmingsvereiste, ook al staat dit niet meer in de wet. Er zijn vijf categorieën voor de vormgeving te onderscheiden en twee motieven om het vereiste te hanteren. Er zijn nog veel onduidelijkheden, die toekomstig onderzoek zal moeten ophelderen.

Summary

The aim of this thesis is to map the current use of the authorization principle for foreseen cross-border health care. The research question is: do health insurers still use the authorization principle and if so, how is that designed?

The requirement of authorization used to be in the Ziekenfondswet, but is not included in the Zorgverzekeringswet. Health insurers now have the choice to implement it or not. In this thesis it is researched how many insurers still employ the principle by investigating the conditions in the insurance policies. Of the 38 investigated insurers, 23 still employ the principle with a total of 38 (66%) insurance policies in which it is implemented. There are no great differences as to how often the principle is used within the different policy varieties. There are five ways in which the authorization requirement is designed: one where there is no requirement and four where authorization is required and in some cases extra conditions are mentioned.

From the questionnaires sent out to health insurers, it is shown that there are two main motives to use the authorization principle. One is to protect people from receiving experimental care and the other is to protect people from suddenly having to pay for their health care themselves because it is not covered by their insurance policy. It is striking that two insurers said they used the principle because of the law, even though it is not mentioned in the law.

Most insurers review an authorization request by checking if it is for customary care that is medically necessary. If a policyholder didn't request permission for the treatment abroad but does seek reimbursement afterwards, most insurers reimburse (part of) the costs anyway. There are some exceptions however.

The general image that all the results provide, is that there are still many uncertain things when it comes to cross-border care. Not only don't all insurers know that the principle is no longer included in the law, but they have no exact idea of how much cross-border care costs. This kind of information is however very important for policymakers.

The answer to the research question is: there are still a lot of insurers who employ the authorization requirement, even though it is no longer included in the law. There are two main motives to use the requirement, both to protect policyholders. Overall, the requirement is designed in five ways, with often other conditions included besides the authorization requirement.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting	3
Summary.....	4
Hoofdstuk 1: Inleiding.....	6
§1.1 Aanleiding.....	6
§1.2 Relevantie.....	6
§1.3 Doel- en vraagstelling.....	7
§1.3.1 Doelstelling.....	7
§1.3.2 Definitie.....	7
§1.3.3 Probleemstelling en deelvragen.....	8
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader.....	10
§2.1 Verklarende factoren toename grensoverschrijdende zorg.....	10
§2.1.1 Europese wetgeving en jurisprudentie.....	10
§2.1.2 Cultuur en transparantie.....	11
§2.2 Aandeel grensoverschrijdende zorg in nationale zorguitgaven.....	12
§2.3 Standpunt overheid en rol zorgverzekeraars.....	13
§2.4 Wat stond er in de Ziekenfondswet over autorisatie voor grensoverschrijdende zorg en wat staat er in de Zorgverzekeringswet?.....	14
§2.5 Waarom zijn de veranderingen tussen Ziekenfondswet en Zorgverzekeringswet ingevoerd?.....	15
Hoofdstuk 3: Methodes.....	16
§3.1 De literatuurstudie.....	16
§3.2 Vergelijking zorgverzekeraars.....	16
§3.3 Validiteit en generaliseerbaarheid.....	18
Hoofdstuk 4: Resultaten.....	19
§ 4.1 Polisvoorwaarden.....	19
§ 4.2 Vragenlijsten.....	23
§4.3 Ontwerprichtlijn Europese Commissie inzake grensoverschrijdende zorg.....	26
Conclusie.....	28
Literatuurlijst.....	32
Bijlagen.....	34
Bijlage 1: Uitwerking Polisvoorwaarden 2008.....	34
Bijlage 2: Resultaten vragenlijsten.....	48
Bijlage 3: Vijf categorieën voor de vormgeving van het vereiste.....	54

Hoofdstuk 1: Inleiding

Voor u ligt een bachelorscriptie voor de studie Gezondheidswetenschappen aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, waarin grensoverschrijdende zorg centraal staat. Het onderzoek richt zich op de vraag of patiënten hun zorgverzekeraar voorafgaand aan het gebruiken van zorg in het buitenland om toestemming moeten vragen en op welke manier zorgverzekeraars eventueel hun toestemmingsvereiste vorm hebben gegeven.

In dit hoofdstuk zal in §1.1 de aanleiding tot het onderzoek besproken worden, waarna in §1.2 en §1.3 respectievelijk de relevantie van het onderzoek en de doel- en vraagstelling besproken zullen worden.

§1.1 Aanleiding

Door de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 zijn zorgverzekeraars sterker met elkaar gaan concurreren om de kiezende verzekerde. Vooral in de periode november-december zijn er veel advertenties te zien van zorgverzekeraars, omdat verzekerden in deze periode over kunnen stappen naar een andere verzekeraar. Er zijn in deze periode veel reclamespotjes te zien waarin verschillende verzekeraars beloven dat alles heel makkelijk en goed geregeld is en sommigen adverteren zelfs met werelddekking.

Bij het vak 'Europees Gezondheidszorgbeleid' van de opleiding Gezondheidswetenschappen bleek dat het mede door uitspraken van het Europees Hof van Justitie (EHJ) inderdaad goed geregeld is: mensen die acuut in het buitenland zorg nodig hebben, kunnen dat krijgen, en mensen die speciaal naar het buitenland toegaan kunnen een vergoeding daarvoor krijgen. Tijdens dit vak kwam aan de orde dat er vóór 1998, het jaar van de uitspraken Decker en Kohll van het EHJ, altijd toestemming gevraagd moest worden aan de verzekeraar. Na deze uitspraken werd de toenmalige Ziekenfondswet gewijzigd. Nu is het verzekeringsstelsel opnieuw gewijzigd en het is niet bekend of en hoe zorgverzekeraars nu omgaan met het toestemmingsvereiste. Daarom gaat deze bachelorscriptie in op dit onderwerp.

§1.2 Relevantie

De relevantie van dit onderzoek is tweeledig, namelijk zowel wetenschappelijk als maatschappelijk. Dit zal nu besproken worden.

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek ligt in het feit dat het bijdraagt aan het inzichtelijk maken van het beleid van zorgverzekeraars. Tot nu toe is het niet duidelijk of verzekeraars in hun polisvoorwaarden nog wel een toestemmingsvereiste hebben, nu dat uit de wetgeving is gehaald. En als er verzekeraars zijn die het vereiste nog hanteren, is het vooralsnog onduidelijk op welke manier ze dat hebben vormgegeven en wat hun beleid is als er daadwerkelijk om toestemming gevraagd wordt. Dit zijn echter wel belangrijke gegevens

voor onderzoek naar of voorspellingen over bijvoorbeeld toekomstig zorggebruik in het buitenland en dergelijke. Dit wetenschappelijk relevantie van dit onderzoek ligt dus vooral als hulpmiddel voor toekomstig onderzoek.

De maatschappelijke relevantie wordt vooral bepaald door de mate van inzicht die dit onderzoek in het beleid van verzekeraars geeft. Voor de overheid is het belangrijk te weten of de toegankelijkheid van de gezondheidszorg nog wel voldoende is, of dat alle verzekeraars nog steeds een toestemmingsvereiste hanteren en de toegankelijkheid dus niet voldoende is. Daarnaast is het voor bijvoorbeeld patiënten of patiëntenverenigingen belangrijk om te weten wat het beleid van verzekeraars is, zodat zij niet het risico lopen minder vergoed te krijgen, doordat ze geen toestemming voor een behandeling in het buitenland hebben gevraagd.

§1.3 Doel- en vraagstelling

In deze paragraaf zal eerst kort de doelstelling van het onderzoek gegeven worden, waarna aan de hand van deze doelstelling een probleemstelling en deelvragen geformuleerd worden. Er zal ook een conceptueel kader gegeven worden.

§1.3.1 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is te onderzoeken of, en zo ja in welke mate, Nederlandse zorgverzekeraars het autorisatieprincipe met betrekking tot grensoverschrijdende zorg hanteren, sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet. In het onderzoek wordt grensoverschrijdende zorg gedefinieerd als planbare, niet-spoedeisende zorg in het buitenland, in het bijzonder binnen de Europese Unie (EU). Het autorisatieprincipe wordt gedefinieerd als het verplicht toestemming vragen voorafgaand aan een bezoek aan het buitenland om daar medische zorg te ontvangen.

§1.3.2 Definitie

In de vorige paragraaf is de doelstelling van het onderzoek gegeven, waaruit naar voren kwam dat het zal gaan om niet-spoedeisende, planbare zorg. Hiervoor is vanwege verschillende redenen gekozen:

- De motieven voor het gebruik van zorg in het buitenland zijn in een noodgeval heel anders dan die als het gaat om het actief plannen van een behandeling in het buitenland. Patiënten die tijdelijk in het buitenland verblijven en met spoed gezondheidszorg nodig hebben, denken waarschijnlijk alleen maar aan genezing en gaan zich, bij terugkomst in eigen land, druk maken over vergoeding van de geconsumeerde zorg. Een patiënt die er echter zelf voor kiest om in het buitenland behandeld te worden, zal waarschijnlijk vanaf het begin al rekening houden met vergoeding van de zorg. Voor de keuze van deze patiënt

zijn veranderingen in wetgeving en dergelijke dan ook belangrijker dan voor de eerste patiënt, omdat zijn of haar keuze om zorg in het buitenland te kopen daar in belangrijke mate van af kan hangen.

- Het aantal patiënten dat van actieve grensoverschrijdende zorg gebruik maakt, kan dus sterker beïnvloed worden dan het aantal patiënten dat in het buitenland met spoed zorg consumeert. Doordat het sterker beïnvloed kan worden, is de onzekerheid met betrekking tot deze soort grensoverschrijdende zorg voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars groter. Zoals ook in het theoretisch kader wordt uitgelegd, kan nationale regelgeving ontmoedigend werken of het kan juist een prikkel zijn. Indien men niet weet hoe de nationale regelgeving is veranderd, kan men ook niet weten wat het effect daarvan zal zijn op patiëntenstromen. Het is daarom van belang deze onzekerheid te beperken, door duidelijk in kaart te brengen wat er door de invoering van de Zorgverzekeringswet veranderd is.

§1.3.3 Probleemstelling en deelvragen

Om de doelstelling van het onderzoek te bereiken, is er een probleemstelling geformuleerd. De probleemstelling van dit onderzoek luidt:

Hanteren zorgverzekeraars nog steeds het autorisatieprincipe, en zo ja hoe wordt dat vormgegeven?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het nodig eerst de ontwikkeling van grensoverschrijdende zorg te beschrijven. Hier hoort de volgende deelvraag bij:

- Wat is het beleid van de Europese Unie met betrekking tot grensoverschrijdende zorg en wat voor effecten heeft dit?

Daarnaast is het nodig te onderzoeken wat er in de Ziekenfondswet over autorisatie stond, wat er in de Zorgverzekeringswet staat en hoe zorgverzekeraars eventuele veranderingen in hun zorgpolissen hebben vormgegeven. Hierbij horen de volgende vragen:

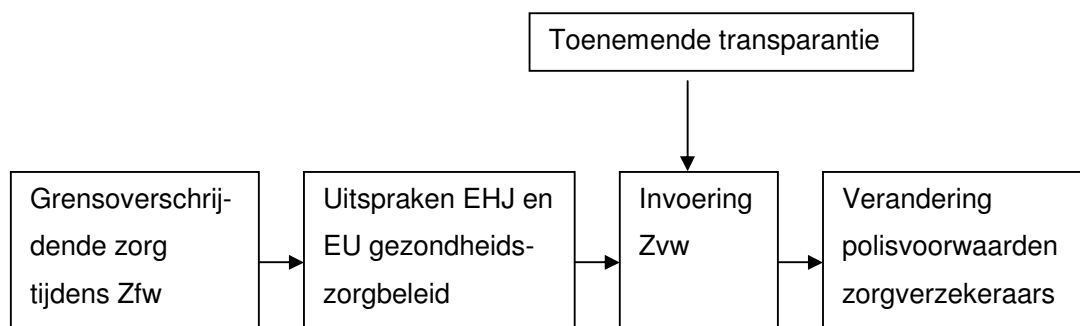
- Wat stond er in de Ziekenfondswet over autorisatie voor grensoverschrijdende zorg en wat staat erover in de Zorgverzekeringswet?
- Waarom zijn de veranderingen tussen Ziekenfondswet en Zorgverzekeringswet ingevoerd?
- Wat staat er in de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars met betrekking tot autorisatie?
- Hoe gaan zorgverzekeraars feitelijk om met toestemmingsaanvragen?

§1.3.4 Conceptueel model

Het onderzoek is erop gericht de veranderingen in het nationale verzekeringsstelsel in kaart te brengen, waarbij speciaal gekeken wordt naar het autorisatieprincipe. Er wordt hierbij uitgegaan van een relatie tussen de toename van grensoverschrijdende zorg en de

veranderingen in wetgeving. Verondersteld wordt dat uitspraken van het Europees Hof van Justitie (EHJ) en het gezondheidszorgbeleid van de EU belangrijke factoren zijn die aan de toename hebben bijgedragen. Het is echter nog onduidelijk of de uitspraken en het EU-beleid direct van invloed zijn op de toename van grensoverschrijdende zorg, of dat ze juist tot veranderingen in het zorgverzekeringsstelsel hebben geleid en zo indirect van invloed op grensoverschrijdende zorg zijn. Verondersteld wordt dat het EU beleid indirect van invloed is, aangezien dit beleid een verandering in Nederlands beleid tot gevolg heeft. Naast deze directe en indirecte factoren kan toenemende transparantie als interveniërende factor gezien worden. Toenemende transparantie maakt het namelijk mogelijk om zorginstellingen met elkaar te vergelijken. Dit leidt ertoe dat patiënten beter kunnen beslissen of in Nederland de gewenste zorg wel of niet aanwezig is en of ze beter in het buitenland geholpen kunnen worden.

Verondersteld wordt dat het zorgverzekeringsstelsel veranderd is door uitspraken van het EHJ, en dat ook de polisvoorwaarden hierdoor veranderd zijn. Het conceptueel model dat uit dit alles resulteert, ziet er als volgt uit:



Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

§2.1 Verklarende factoren toename grensoverschrijdende zorg

Patiënten kunnen door de invoering van de Zorgverzekeringswet steeds beter verschillende zorgverzekeraars met elkaar vergelijken (Hermans 2005:21). Door een toenemende mate van transparantie, denk bijvoorbeeld aan websites als kiesbeter.nl, zijn deze vergelijkingen gemakkelijk te maken. Naast het vergelijken van zorgverzekeraars kunnen patiënten ook steeds beter verschillende zorgaanbieders met elkaar vergelijken. Als blijkt dat er in Nederland geen tijdige zorg geleverd kan worden, kiezen patiënten er steeds vaker voor om in het buitenland hun zorg te 'kopen' (Evers et al. 2001:1). Dit wordt ook wel grensoverschrijdende zorg genoemd. Grensoverschrijdende zorg kan twee vormen aannemen: men kan tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland met spoed zorg nodig hebben, of men kan er bewust voor kiezen om in het buitenland behandeld te worden. In dat geval gaat het om voorziene, niet-spoedeisende zorg. In dit onderzoek zal er voornamelijk naar deze vorm van grensoverschrijdende zorg gekeken worden.

§2.1.1 Europese wetgeving en jurisprudentie

Voor een gedeelte van de grensoverschrijdende zorg is Verordening 1408/71 van toepassing. Daarin gaat het om mensen die in een andere EU-lidstaat werken dan dat ze wonen. Verordening 1408 regelt voor deze mensen in welk land ze verzekerd zijn, wat bepalend is voor de zorg waar men recht op heeft. Daarnaast is verordening 1408 ook van toepassing op mensen die bijvoorbeeld tijdens hun vakantie zorg nodig hebben: hiervoor is de Health Insurance Card ingevoerd (Aarnout 2008:persoonlijke communicatie). De verordening is dus niet van toepassing op het soort grensoverschrijdende zorg waar het in dit onderzoek om draait, namelijk zorg die in het buitenland genoten wordt omdat het in Nederland minder snel of helemaal niet kan.

Toch is er binnen de EU het een en ander besloten wat veel invloed heeft gehad op de toegankelijkheid van grensoverschrijdende zorg. Zo was er in 1998 de zaak Kohll (Hervey en McHale 2004:126). In deze zaak ging het om dhr Kohll uit Luxemburg die voor de tandartsenzorg voor zijn dochter naar Duitsland wilde, maar daar geen toestemming voor kreeg. Het Europees Hof van Justitie besloot daarop dat het niet verlenen van toestemming voor grensoverschrijdende zorg in strijd is met het vrije verkeer van personen en diensten (art 49 EG), waarna de zorgverzekeraar tot vergoeding verplicht werd. Ook in de zaak Decker, eveneens uit 1998, besloot het EHJ dat het toestemmingvereiste zoals dat in de wet stond tegen het EU recht van vrij verrichten van diensten ingaat (Evers et al. 2001:4). Het gevolg van deze uitspraken is dat patiënten geen toestemming meer hoeven te vragen voorafgaand aan een behandeling in het buitenland. Ook betekent het dat patiënten de

kosten van de behandeling achteraf, in overeenstemming met tarieven van de staat waarin ze verzekerd zijn, vergoed kunnen krijgen (Europese Commissie 2007). Door deze uitspraken werd het voor patiënten dus veel gemakkelijker om voor zorg naar het buitenland te gaan.

Later werd er door het EHJ in de zaak Vanbraekel nog bepaald dat het eerder genoemde art 49 EG alleen over ziekenhuiszorg gaat (Hervey en McHale 2004:128). Bovendien werd er bepaald dat het ook als een belemmering van vrij verkeer van personen en goederen opgevat kan worden als patiënten een lagere vergoeding voor zorg in het buitenland krijgen dan in het eigen land.

In 2001 werd er in de zaak Geraets-Smits en Peerbooms bepaald dat toestemmingsvereisten gebaseerd moeten zijn op objectieve, niet-discriminerende criteria en dat ze vooraf bekend moeten zijn, waardoor de oordeelvrijheid beperkt wordt (ibid.:130). Volgens het EHJ voldeed het Nederlandse toestemmingssysteem hier niet aan, doordat daar toestemming verleend werd als de zorg gebruikelijk is binnen de kring van beroepsgenoten. Het EHJ besliste hierop dat een toestemmingssysteem gebaseerd moet zijn op de mate waarin de zorg getest en getoetst is volgens de internationale standaarden van geneeskunde.

De meest recente zaak is de zaak Watts uit 2004, waarin een Britse vrouw zorg nodig had in Frankrijk doordat de wachtlijsten in Engeland bij de National Health Service (NHS) te lang waren. Watts kreeg geen toestemming, maar is daarop toch naar Frankrijk gegaan en vroeg later om vergoeding van de kosten. Ondanks het hier om de NHS gaat, een systeem van managed care, besliste het EHJ dat dat niet betekent dat art. 49 EG niet meer van toepassing is en besliste zij dat de juiste instantie de kosten moet vergoeden (Curia 2004). Het maakt dus niet uit binnen welk financieringssysteem de patiënt verzekerd is, zodra art. 49 EG van toepassing is moeten verzekeraars zich houden aan het recht op vrij verkeer van personen.

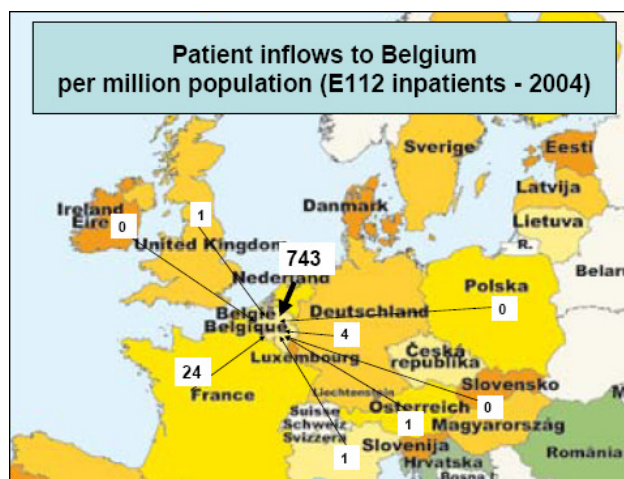
§2.1.2 Cultuur en transparantie

Naast veranderende wetgeving in Europa en Nederland, speelt de veranderende Europese cultuur ook een belangrijke rol in de toename van grensoverschrijdende zorg. Europeanen gaan steeds vaker op reis binnen Europa. Veel ouderen gaan bijvoorbeeld gedurende de winter voor langere tijd naar een andere lidstaat. Ook jongeren reizen steeds vaker binnen Europa; een Europa zonder grenzen begint voor de nieuwe generaties logisch te klinken (Europese Commissie 2006:7). Door te toegenomen mobiliteit van mensen is het niet verwonderlijk dat ook de zorguitgaven in het buitenland zijn toegenomen en de Europese Commissie verwacht dat deze in de toekomst alleen maar verder zullen toenemen.

Zoals al eerder is gezegd, is de toenemende transparantie ook van belang geweest voor de ontwikkeling van grensoverschrijdende zorg. In een publicatie van het Centraal Planbureau (2002) sprak deze instelling haar zorg uit over de mate van transparantie binnen de gezondheidszorg. Volgens het rapport was er nog nauwelijks transparantie en was er ook nog geen sprake van concurrentie binnen de gezondheidszorg. Uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg vier jaar later (IGZ 2006) blijkt dat ziekenhuizen steeds meer gebruik maken van procesindicatoren om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Ziekenhuizen gebruiken de indicatoren niet alleen om de kwaliteit van zorg te verbeteren, maar ook om hun kwaliteitsniveau te laten zien in bijvoorbeeld de ziekenhuis top 100 van het Algemeen Dagblad. Deze top 100 heeft er in belangrijke mate aan bijgedragen dat de kwaliteit van ziekenhuizen zichtbaarder is geworden. Daarnaast speelt de al eerder genoemde website www.kiesbeter.nl een belangrijke rol bij het vergelijkbaar maken van zorginstellingen. Op deze website kunnen patiënten zorginstellingen bijvoorbeeld per aandoening vergelijken. Indien patiënten er via websites zoals kiesbeter.nl achterkomen dat er in Nederland geen goede of tijdige zorg geleverd kan worden, kunnen ze besluiten om voor hun behandeling naar het buitenland te gaan. Op deze manier kan een toenemende mate van transparantie aan de toename van grensoverschrijdende zorg bijdragen.

§2.2 Aandeel grensoverschrijdende zorg in nationale zorguitgaven

De impact van grensoverschrijdende zorg op nationale budgetten is gemiddeld een procent en vijf procent in grensregio's. Dit zijn echter schattingen, daar er geen volledige data beschikbaar zijn (Europese Commissie 2006:8). Volgens dhr. Aarnout, medewerker van de Europese Commissie bij het Directoraat Generaal Gezondheid en Consumentenbescherming, heeft men gewoon 'besloten' dat één procent van de zorguitgaven in het buitenland is, men weet dit echter niet zeker (Aarnout 2008: persoonlijke communicatie). Ondanks het feit dat er op het moment geen precieze aantallen bekend zijn, kan er wel van een toename van grensoverschrijdende zorg over de afgelopen jaren gesproken worden. In de periode 1998 en 2003 moesten patiënten nog toestemming vragen voor zorg in het buitenland met het zogenaamde E112 formulier (EuregioGezondheidsportaal 2007), in dit onderzoek zal dit het autorisatieprincipe genoemd worden. Doordat patiënten van dit formulier gebruik moesten maken werd er in die periode



Figuur 1: Aantal patiënten geregistreerd d.m.v. E112. Bron: Busse 2006:figuur 9.

goed bijgehouden om welke aantallen patiënten het bij grensoverschrijdende zorg ging. Het blijkt dat het aantal Nederlandse E112-patiënten in die periode verdrievoudigd is (Glinos et al. 2005:1). Een belangrijke oorzaak van de verdrievoudiging in die periode, zouden de uitspraken Decker en Kohll kunnen zijn.

Het feit dat vijf procent van de zorguitgaven in grensregio's in het buitenland besteed wordt, kan problemen opleveren voor ziekenhuizen in deze regio's. Indien het in vijf procent van de gevallen onzeker is of de patiënt voor het ziekenhuis in kwestie kiest, is ook vijf procent van het inkomen onzeker. Deze onzekerheid zal toenemen op het moment dat ook het aandeel grensoverschrijdende zorg toeneemt en ziekenhuizen steeds minder zekerheid over de invulling van hun capaciteit hebben. Grensoverschrijdende zorg is echter niet alleen van belang voor ziekenhuizen: ook zorgverzekeraars moeten er rekening mee houden. Indien steeds meer patiënten ervoor kiezen voor zorg naar het buitenland gaan, zullen verzekeraars zich voor de keuze gesteld zien om een bepaalde hoeveelheid zorg in het buitenland in te kopen of een restitutiebeleid te voeren dat aan Europese voorwaarden voldoet. Verzekeraars zullen in ieder geval voor grensregio's, waar vaak meer dan vijf procent van de patiënten voor grensoverschrijdende zorg kiest, de planning van capaciteiten aan moeten passen (Europese Commissie 2006:10). Om bovengenoemde problemen en onzekerheden op te kunnen vangen is het van belang dat alle partijen weten wat er met betrekking tot grensoverschrijdende zorg speelt.

§2.3 Standpunt overheid en rol zorgverzekeraars

De Nederlandse overheid vindt, in navolging van het Europees Hof van Justitie, het vrije verkeer van patiënten erg belangrijk (Klink 2007:1). Volgens dhr. Klink, de huidige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, moeten patiënten “ook over de grens in andere Europese lidstaten zorg kunnen gebruiken als dat in hun specifieke situatie voordelen biedt”. Hij is wel van mening dat er kaders moeten bestaan “waarbinnen aanspraken op buitenlandse zorg plaatsvinden. Voor Nederland vormt de Zorgverzekeringswet met zijn werelddekking een dergelijk kader, hierin is de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie geïncorporeerd” (Klink 2007:1). Het nieuwe zorgverzekeringsstelsel is voor een belangrijk deel ingericht op grensoverschrijdende zorg.

Zorgverzekeraars contracteren vooral zorginstellingen binnen de zogenaamde Euregio's. Dit zijn grensregio's tussen verschillende lidstaten van de Europese Unie. Nederland behoort tot de Euregio Maas-Rijn, waar naast Nederland zowel delen van Duitsland en België toe behoren (Hermans en Den Exter 1999:1). De groeiende concurrentie en de lange wachtlijsten in eigen land zijn goede redenen voor verzekeraars om hun zorg elders in te

kopen. Voor nationale overheden biedt grensoverschrijdende zorg een (tijdelijke) oplossing voor wachtlijsten (Glinos et al. 2005).

§2.4 Wat stond er in de Ziekenfondswet over autorisatie voor grensoverschrijdende zorg en wat staat er in de Zorgverzekeringswet?

Zoals eerder in dit hoofdstuk al is gezegd, staat er sinds de uitspraken Decker en Kohll niet meer in de wet dat er om toestemming gevraagd moet worden alvorens men voor zorg naar het buitenland gaat. In de eerste versies van de Ziekenfondswet stond dit echter nog wel. In de eerste versie van de Ziekenfondswet (Kamerstuk 6808) stond in artikel 9 dat verzekerden zich moesten wenden tot een gecontracteerde zorgaanbieder. In zijn algemeenheid stond er in het vierde lid van hetzelfde artikel dat ziekenfondsen wel toestemming konden verlenen aan verzekerden om naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders te gaan.

In latere versies van de wet (Straetmans 2004:90) is het vierde lid van artikel 9 aangepast. Er stond toen specifiek in dat "Onze Minister kan bepalen in welke gevallen en onder welke voorwaarden aan een verzekerde ook toestemming kan worden verleend zich voor het geldend maken van zijn recht op een verstrekking te wenden tot een persoon of inrichting buiten Nederland". Ook in deze versie van de Ziekenfondswet stond dus dat er toestemming verleend moest worden voor het genieten van zorg in het buitenland.

In de wettekst van de Zorgverzekeringswet staat met betrekking tot grensoverschrijdende zorg geen toestemmingsvereiste vermeld. In de Memorie van Toelichting (Tweede Kamer der Staten Generaal (TKSG 2004:30) wordt de zaak Müller/Fauré genoemd, waarin het EHV bepaalde dat "verzekerden die in beginsel hun zorg moeten invoeren bij gecontracteerde zorgaanbieders, toch de mogelijkheid hebben om in een andere EU-staat extramurale zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde of een niet in loondienst zijnde zorgaanbieder" (TKSG 2004:31). Volgens de Memorie van Toelichting op het wetsvoorstel Zvw is het wetsvoorstel bedoeld om deze Europese regelgeving te veralgemeniseren. Met betrekking tot grensoverschrijdende zorg leidt dit tot het volgende: "Verzekerden die hebben gekozen voor een zorgverzekering waarbij zij hun zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders moeten invoeren, hebben de mogelijkheid toch te kiezen voor het invoeren van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het doet er daarbij niet toe of die zorgaanbieder zijn diensten binnen Nederland aanbiedt of daarbuiten" (TKSG 2004: 31).

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verduidelijkt een en ander met betrekking tot toestemming binnen de Zorgverzekeringswet: het moet daarbij wel duidelijk zijn dat men

geen toestemming hoeft te vragen om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan, maar dat bij het verlenen van toestemming vastgesteld moet worden of men recht heeft op de betreffende vorm van zorg (NZa 2007:20).

§2.5 Waarom zijn de veranderingen tussen Ziekenfondswet en Zorgverzekeringswet ingevoerd?

De wijzigingen tussen de Ziekenfondswet en Zorgverzekeringswet zijn onder andere ingevoerd, omdat de Nederlandse regering het oude zorgstelsel niet langer adequaat achtte als het ging om het waarborgen van kwaliteits- en doelmatigheidseisen (TKSG 2004:7). Er was te veel overheidsbemoeienis en de markt werd te weinig geprikkeld tot doelmatig functioneren. De zorguitgaven stegen, en naar verwachting zullen die ook in de toekomst blijven stijgen als gevolg van dubbele vergrijzing. Het is echter niet alleen de veranderende demografie van de Nederlandse bevolking die de kosten doen toenemen, er is technisch ook steeds meer mogelijk en de zorgvrager verlangt steeds kwalitatief betere zorg (ibid.:8). Om de beweegredenen om het toestemmingsvereiste uit de wet te halen te achterhalen, is contact opgenomen met dhr. Hamilton. Dhr. Hamilton heeft een grote rol gespeeld bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet. Op de vraag waarom het toestemmingsvereiste uit de wet is verdwenen, antwoordt hij simpelweg: “De wetgever heeft zich daar niet meer mee willen bemoeien” (Hamilton 2008: persoonlijke communicatie). Dhr. Hamilton licht de huidige vormgeving van het toestemmingsvereiste als volgt toe: “De huidige Zorgverzekeringswet maakt geen enkel onderscheid meer tussen het betrekken van zorg in eigen land of in een ander land. Voor wat betreft de naturapolissen is slechts relevant of de zorgaanbieder een contract heeft met de zorgverzekeraar. Ook in restitutiepolissen kan het vereiste van een overeenkomst gesteld worden.” [...] “Bij hun polisbeleid zullen de verzekeraars rekening moeten houden met het Europees recht, in het bijzonder het mededingingsrecht.” Over het mededingingsrecht en de consequenties hiervan is in de voorgaande paragrafen al gesproken.

In het volgende hoofdstuk zullen de methoden besproken worden die zijn gebruikt om te onderzoeken hoe zorgverzekeraars het toestemmingsbeleid hebben vormgegeven. In hoofdstuk 4 zullen daarna de resultaten van het onderzoek besproken worden.

Hoofdstuk 3: Methoden

In dit hoofdstuk zullen de methodologische keuzen die in het onderzoek gemaakt zijn besproken worden. Het is een kwalitatief onderzoek dat met name gebaseerd is op een onderzoek naar de polisvoorwaarden van basisverzekeringen. Het conceptueel model dat in §3.3 aan bod komt, is bedoeld ter illustratie van de verwachtingen die aan dit onderzoek ten grondslag liggen, maar is niet bedoeld om richting te geven aan het onderzoek.

§3.1 De literatuurstudie

Het eerste deel van het onderzoek heeft de vorm van een literatuurstudie. Er is onderzocht wat grensoverschrijdende zorg is en wat de effecten daarvan zijn, wat het beleid van de EU is met betrekking tot grensoverschrijdende zorg en wat voor effecten dit heeft op Nederland. Dit is onderzocht door gebruik te maken van een zoekactie op het internet. Zoektermen waren onder andere: 'grensoverschrijdende zorg', 'gezondheidszorgbeleid EU', 'cross border care' en 'zorgverzekeringswet grensoverschrijdende zorg'.

Belangrijk in dit deel van het onderzoek is ook de vergelijking die tussen de Ziekenfondswet en de Zorgverzekeringswet met betrekking tot autorisatie gemaakt is. De wetteksten van de Zfw en Zvw zijn met elkaar vergeleken, en er is gekeken naar de Memorie van Toelichting van de Ziekenfondswet.

§3.2 Vergelijking zorgverzekeraars

Het onderzoek naar zorgverzekeraars bestaat uit twee delen: een polisvoorwaardenonderzoek en vragenlijsten, ingevuld door een aantal zorgverzekeraars. Allereerst zal het polisvoorwaardenonderzoek besproken worden.

Polisvoorwaarden

Om te onderzoeken hoe het toestemmingsvereiste nu is vormgegeven, zijn allereerst alle polisvoorwaarden 2008 van de basisverzekeringen van 38¹ zorgverzekeraars onderzocht. Voor deze 38 is gekozen omdat deze ook opgenomen zijn in een jaarlijks tevredenheidsonderzoek van het NIVEL (NIVEL 2008). De polisvoorwaarden zijn op de websites van de zorgverzekeraars gevonden.

¹ Aegon, Agis, Ander Zorg, Avéro Achema, Azivo, AZVZ, Cares Gouda, Confior, CZ, De Amersfoortse zorgverzekeraar, De Friesland zorgverzekeraar, Delta Lloyd, DSW, DVZ, FBTO, Fortis ASR, Groeneland Achmea, Interpolis, IZA, IZZ, Lancyr, Menzis, OHRA, ONVZ, OZF, PNO Ziektekosten, Pro Life, PWZ Achmea, Salland, SIZ, StadHolland Zorgverzekeraar, Trias, Univé, VGZ, VVAA, Zilveren Kruis Achmea, Zorg en Zekerheid, Zorgverzekeraars UMC.

Er is gekeken naar artikelen betreffende zorg in het buitenland en de voorwaarden die hieraan verbonden zijn. Dit is alleen gedaan voor zover deze betrekking hebben op verzekerden die in Nederland wonen, omdat het in deze scriptie gaat om Nederlandse inwoners die naar het buitenland gaan voor hun behandeling. De relevante passages uit de artikelen zijn opgenomen in Bijlage 1.

Er is vervolgens gekeken in hoeveel procent van de gevallen er om toestemming werd gevraagd. Er is ook onderscheid gemaakt tussen de verschillende polisvarianten, dus natura/restitutie/combinatie. De verwachting was namelijk dat er in naturapolissen vaker een toestemmingsvereiste opgenomen zou zijn dan bij de andere varianten, omdat het risico van grensoverschrijdende zorg voor natura polissen groter is in verband met de inkoop van zorg. Er is geen significantietest uitgevoerd over de resultaten, omdat het geen statistische data zijn.

Vragenlijsten zorgverzekeraars

Om meer inzicht te krijgen in het achterliggende beleid bij de polisvoorwaarden, is bij aanvang van de scriptie ervoor gekozen om interviews te houden met vijf zorgverzekeraars. Na herhaaldelijke pogingen bleek echter dat een aantal zorgverzekeraars niet bereid was om mee te werken, waarna er is gekozen om in plaats daarvan vragenlijsten te gebruiken. Het voordeel van vragenlijsten is dat meer zorgverzekeraars er aan mee willen werken omdat het weinig tijd kost, maar het nadeel is dat het minder diepgang biedt dan een interview. Er is echter toch gekozen om vragenlijsten te versturen, omdat de representativiteit omhoog gaat door een groter aantal zorgverzekeraars bij het onderzoek te betrekken. Bovendien worden verschillen tussen verzekeraars duidelijker zichtbaar als er meerdere verzekeraars meedoen aan het onderzoek.

Iedere vragenlijst bevatte een controleprocedure voor de gevonden polisvoorwaarden. De gevonden voorwaarden zijn per verzekeraar in de vragenlijst weergegeven, waarna aan de verzekeraar is gevraagd of deze gegevens juist zijn. De ingevulde vragenlijsten zijn als bijlage toegevoegd. Er is uiteindelijk naar 25 verzekeraars een verzoek tot medewerking of vragenlijst gestuurd². In totaal zijn er vier verzekeraars die de vragenlijst ingevuld hebben geretourneerd, namelijk Univé, Fortis, OHRA en Azivo, en is er een telefonisch interview gehouden met een medewerker van Menzis. Confior en AnderZorg hebben aangegeven dat voor hen dezelfde voorwaarden gelden als voor Menzis, vandaar dat wordt aangenomen dat de resultaten van het interview met Menzis ook voor deze twee verzekeraars gelden. Lancyr

² Menzis, Salland, ONVZ, Azivo, OHRA, Avéro Achmea, CZ, VGZ, Zilveren Kruis Achmea, FBTO, Zorg en Zekerheid, Aegon, Ander Zorg, Pro Life, DVZ Achmea, Stad Holland, Trias, Univé, Lancyr, Fortis, De Friesland, Agis, Confior, IZA, IZZ.

heeft aangegeven de zorgverzekering van Delta Lloyd te verkopen, waar ook OHRA onder valt. Aangezien de vragenlijst van OHRA door een medewerker van Delta Lloyd is ingevuld, is aangenomen dat de resultaten uit die vragenlijst het overkoepelende beleid van Delta Lloyd betreffen.

Er zijn vijf verzekeraars die niet mee wilden werken aan het onderzoek³. DVZ Achmea gaf aan dat de vragenlijst gericht moest worden aan Zilveren Kruis Achmea, omdat DVZ van diverse afdelingen binnen Zilveren Kruis Achmea gebruik maakt. Aangezien Zilveren Kruis Achmea echter niet mee wilde werken, kan deze weigering ook als geldend voor DVZ gezien worden.

Al met al is met de vragenlijsten het beleid van acht verzekeraars in kaart gebracht.

§3.3 Validiteit en generaliseerbaarheid

Aangezien er in dit onderzoek geen resultaten verkregen worden die uit tests voortvloeien, zullen er geen validiteitsproblemen met betrekking tot testresultaten zijn. De inhoud van een aantal polissen is echter wel gecontroleerd op waarheid door de hierboven beschreven controleprocedure.

Verder is de vraag relevant of het onderzoek generaliseerbaar is. De veranderingen tussen Zfw en Zvw zijn natuurlijk op iedereen toepasbaar en dus generaliseerbaar. Wat echter niet generaliseerbaar is, zijn de resultaten van de vragenlijsten voor verzekeraars. Er is maar een klein aantal verzekeraars betrokken bij dit onderzoek, wat automatisch anderen uitsluit. Aangezien de meeste verzekeraars naar verwachting zeer verschillend zijn wat betreft polisvoorwaarden en dergelijke, kan verwacht worden dat er ook grote verschillen zullen zijn met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. Het onderzoek zal dus op dit vlak niet generaliseerbaar zijn naar andere verzekeraars.

In het volgende hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek besproken worden. Er zal eerst ingegaan worden op de polisvoorwaarden en daarna op de resultaten uit de vragenlijsten.

³ Salland, ONVZ, Avéro Achmea, Zilveren Kruis Achmea, DVZ Achmea.

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk zullen eerst de resultaten van het vergelijkend onderzoek van de polisvoorwaarden van basisverzekeringen weergegeven worden. Het gaat er hierbij om of er in de polisvoorwaarden gesteld worden aan het verkrijgen dan wel vergoeden van zorg in het buitenland. In paragraaf 2 zullen de resultaten van de vragenlijsten besproken worden.

§ 4.1 Polisvoorwaarden

Zoals al gezegd is in het vorige hoofdstuk, zijn alle basisverzekeringen van 38 zorgverzekeraars geanalyseerd. In totaal zijn dit 57 polissen. Geen enkele polis bevat een toestemmingsvereiste voor extramurale zorg, wel een groot aantal voor intramurale zorg.

Hierbij zijn er variaties in terminologie: er wordt toestemming geëist voor 'intramurale zorg', 'niet-medisch noodzakelijke zorg' (waarmee bedoeld wordt dat het niet acuut is), 'voorzien intramurale zorg', 'klinisch medisch specialistische zorg' of 'ziekenhuisopname'. Behalve bij de polissen waar letterlijk 'voorzien intramurale zorg' staat, is het niet duidelijk of het gaat om voorziene behandelingen of acuut medisch noodzakelijke zorg. Er staat echter wel bij een aantal verzekeraars vermeld dat er geen toestemming nodig is indien het gaat om een acute situatie, vandaar dat wordt aangenomen dat het toch gaat om voorziene zorg.

In welke polissen wordt het toestemmingsvereiste gehanteerd?

De polissen kunnen op meerdere manieren verdeeld worden in categorieën. Allereerst zijn ze verdeeld in de aan- of afwezigheid van een toestemmingsvereiste voor buitenlandzorg. Het blijkt dat 23⁴ van de 38 zorgverzekeraars in ten minste één polis een toestemmingsvereiste hanteren, wat gelijk is aan 60,53%. Het totaal aantal polissen met een toestemmingsvereiste is 38, oftewel 66%. Hieruit blijkt niet alleen dat meer dan de helft van de zorgverzekeraars een toestemmingsvereiste hanteert, maar ook dat het een aantal grote zorgverzekeraars betreft die meer dan één basisverzekering aanbieden. Univé biedt bijvoorbeeld vier polissen aan waarin toestemming vereist is.

Het is niet zo dat alle labels van één overkoepelende maatschappij dezelfde polisvoorwaarden hebben wat betreft aanwezigheid van het toestemmingsvereiste. Zo is er bijvoorbeeld maar één zorgverzekeraar binnen Achmea die het vereiste hanteert, namelijk DSW, en is Cares Gouda de enige binnen UVIT die het niet hanteert. Over het algemeen is het wel zo dat er binnen een label voor alle polissen hetzelfde gehanteerd wordt, behalve binnen Univé, maar daar zal verder nog over gesproken worden.

⁴ Agis, Anderzorg, Azivo, AZVZ, Confior, De Amersfoortse, De Friesland, Delta Lloyd, DSW, Fortis ASR, IZA, IZZ, Lancyr, Menzis, OHRA, ProLife, Salland, SIZ, Stadholland Verzekeraar, VGZ, Zorg en Zekerheid, Zorgverzekeraar UMC, Univé.

Natura versus restitutie

Een tweede onderscheid dat gemaakt kan worden, is of het vooral natura- of restitutiepolissen zijn waarin een toestemmingsvereiste gehanteerd wordt. Het aandeel naturapolissen binnen het totaal is 40,35%, restitutie heeft een aandeel van 49,12% en combinatiewolissen een aandeel van 10,52%. In tabel 1 is te zien dat zowel binnen de naturapolissen als binnen de restitutie- en combinatiewolissen er steeds in ongeveer tweederde van de polissen een toestemmingsvereiste gehanteerd wordt, maar bij restitutie het meest.

Tabel 1: Verhouding toestemming/geen toestemming

	Toestemming	Geen Toestemming	Totaal
Natura	14 (60,87%) ⁵	9 (39,13%) ⁶	23 (100,00%)
Restitutie	19 (67,86%) ⁷	9 (32,14%) ⁸	28 (100,00%)
Combinatie	4 (66,67%) ⁹	2 (33,33%) ¹⁰	6 (100,00%)

In tabel 1 is al te zien dat het aantal polissen dat een toestemmingsvereiste hanteert binnen de variant natura kleiner is dan bij restitutie- en combinatiewolissen. In tabel 2 wordt dit gegeven nog eens extra benadrukt.

⁵ Agis Basispolis basic, Azivo Basisverzekering, AZVZ Zorgverzekering, De Friesland Basisverzekering Noord en Zuid, IZZ Basispakket, Confior Zorgplan Polis, Menzis Zorg Verzorgd, SIZ Standaardverzekering Variant Natura, VGZ Zorgverzekering, De Amersfoortse Basisverzekering uitgebreid, Fortis ASR Ziektekostenverzekering Mix, en Zorg Geregeld, Pro Life Basispolis Basic.

⁶ CZ Zorg op maat polis, Groene Land Beter Af, Interpolis Beter Af, OZF Zorgpolis, PWZ Beter Af, Zilveren Kruis Beter Af, De Goudse Zorgpolis Natura 2008, Trias Natura Polis 2008, Univé Zorgzaam.

⁷ Agis Basispolis, Ander Zorg Basis, Confior Zorg Flexibel Polis, IZA Zorgverzekering, IZZ Basisverzekering, Menzis Zorgzó, Salland Basisverzekering Nederland, UMC Zorgverzekering, SIZ Standaardverzekering, VGZ Restitutieverzekering, Zorg en Zekerheid Zorg Vrij, De Amersfoortse Basisverzekering Optimaal, Delta Lloyd Zorgverzekering, Fortis ASR Ziektekostenverzekering, Pro Life Basispolis, Univé Zorg Vrij Polis, Univé Zorg Samen, Lancyr Zorg Beter Actief Polis, OHRA Zorgverzekering,

⁸ Avéro Achmea Keuze Zorgplan, CZ Zorg Keuze Polis, De Goudse Zorg Polis Restitutie, PNO Basisverzekering, FBTO Internet Zorgverzekering, Aegon Zorgverzekering, Trias Restitutie Polis 2008, ONVZ Vrije Keuze Zorgplan, VVAA Zorgverzekering.

⁹ Stad Holland Zorgverzekeraar Basisverzekering, Zorg en Zekerheid Zorg Zeker, DSW Basisverzekering, Univé Zekur.

¹⁰ DVZ Principe Polis, Avéro Achmea Zorgplan.

Tabel 2: Verhouding natura/restitutie/combinatie binnen toestemming of geen toestemming

	Toestemming	Geen Toestemming
Natura	14 (36,84%)	9 (47,37%)
Restitutie	19 (50%)	9 (47,37%)
Combinatie	4 (10,52%)	2 (10,52%)
Totaal	38 (100,00%)	20 (100,00%)

In deze tabel is het aandeel van de verschillende varianten binnen 'toestemming' en 'geen toestemming' in percentages uitgedrukt. Van de polissen die een toestemmingsvereiste hebben, bestaat 50% uit restitutiepolissen. Dit lijkt een groot verschil ten opzichte van het aandeel van naturapolissen, maar het totaal aantal polissen bestaat voor 49,12% uit restitutiepolissen. De afwijking ten opzichte van de totale verhouding is dus minimaal. Het kan dan ook geconcludeerd worden dat het aandeel van natura- en restitutiepolissen binnen 'toestemming' en 'geen toestemming' steeds ongeveer hetzelfde is als hun aandeel binnen het totaal.

Dit gegeven is verrassend, omdat verwacht kan worden dat naturapolissen, waarvoor zorg ingekocht is en die niet gericht zijn op het vergoeden van zorg, een groter risico lopen door een toename van buitenlandse zorg. Het zou dus verwacht kunnen worden dat naturapolissen vaker het toestemmingsvereiste bevatten dan restitutiepolissen, maar het is hier gebleken dat dit niet het geval is.

Verschillen in polisvoorwaarden

Tijdens het vergelijken van de polisvoorwaarden van alle 57 polissen bleek dat de voorwaarden nogal verschillend zijn. Er is meer variatie in de voorwaarden dan alleen op het gebied van wel of geen toestemmingsvereiste. Uiteindelijk zijn er vijf categorieën te onderscheiden, één zonder toestemmingsvereiste en vier met het vereiste. In bijlage 3 is een overzicht opgenomen van alle polissen met de bijbehorende categorie

Categorie 1: Geen toestemming nodig, (zonder toestemming) geen volledige vergoeding

In deze categorie vallen 20 polissen. Er staat in deze polissen niet expliciet dat een verzekerde toestemming nodig heeft voor voorziene zorg. Bij een aantal polissen wordt er mogelijk wel meer vergoed dan maximaal de Nederlandse tarieven als een verzekerde wel toestemming heeft. Op deze manier worden verzekerden alsnog gestimuleerd om toestemming te vragen. De polissen hebben namelijk vrijwel allemaal een bepaling opgenomen waarin staat dat: vergoeding volgens Nederlandse tarieven plaatsvindt; de vergoeding lager zal zijn als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde

zorgaanbieder; en/of dat verzekerden een lagere vergoeding krijgen indien er in Nederland voldoende zorg is ingekocht. De meest eenduidige polisvoorwaarden zijn die van ONVZ en VVAA, waarin staat dat een verzekerde recht heeft op vergoeding volgens Nederlandse tarieven, zonder verdere beperkende voorwaarden.

Categorie 2: Toestemming vereist, vergoeding mogelijk hoger indien toestemming verkregen
Binnen deze categorie vallen 8 polissen. Vergoedingen uit deze polissen zijn maximaal het Nederlandse tarief, maar kunnen hoger worden indien er toestemming is verkregen voor de behandeling. Voor intramurale zorg is toestemming vereist.

Categorie 3: Toestemming vereist, vergoeding bij niet-gecontracteerde aanbieder lager
Binnen deze categorie passen 16 polissen. Het is opvallend dat van VGZ en Zorg en Zekerheid zowel de naturapolis als de restitutiepolis binnen dezelfde categorie valt, terwijl bij de meeste andere zorgverzekeraars de polissen verspreid zijn over twee of meer categorieën.

Polissen uit deze categorie hanteren het toestemmingsvereiste voor intramurale zorg. Daarnaast is er een beperking gesteld aan de vergoeding van kosten van zorg indien de zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder genoten is.

Categorie 4: Toestemming vereist, vergoeding niet-gecontracteerd lager, maar kan hoger worden indien toestemming is verkregen

Voor de zes polissen in deze categorie geldt een toestemmingsvereiste voor intramurale zorg. Daarnaast worden de kosten van de behandeling niet volledig vergoed indien de zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder genoten is. De vergoeding kan wel hoger zijn dan het normaal geldende maximum, indien vooraf toestemming van de zorgverzekeraar is verkregen.

Categorie 5: Toestemming vereist, verzekerde heeft recht op bemiddeling indien zorg niet tijdig geleverd kan worden, geen volledige vergoeding bij niet-gecontracteerde aanbieder
Ook voor de zeven polissen binnen deze categorie geldt een toestemmingsvereiste, maar het wordt hier gecombineerd met een bepaling dat de verzekerde recht heeft op bemiddeling indien de zorg in Nederland niet tijdig geleverd kan worden. Na bemiddeling kan de verzekerde dan toestemming krijgen om voor zorg naar het buitenland te gaan. Indien de verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is de vergoeding niet volledig.

Het belangrijkste dat uit de bovenstaande categorieën naar voren komt, is dat er veel beperkingen zijn aan de vergoedingen van voorziene zorg in het buitenland. Deze beperkingen zijn zowel gelegen in de toestemmingsvereiste, maar vooral in de financiële consequenties die er aan vastzitten. In veel gevallen wordt de behandeling in het buitenland maar tot maximaal de Nederlandse tarieven vergoed, wat een belemmering kan vormen om voor zorg naar het buitenland te gaan.

Nu de resultaten van het polisvoorwaardenonderzoek besproken zijn, zullen in de volgende paragraaf de resultaten van de vragenlijsten besproken worden.

§ 4.2 Vragenlijsten

De vragenlijsten die zijn ingevuld door zorgverzekeraars zijn als bijlage 2 toegevoegd. Zoals in hoofdstuk 3 is vermeld is er in deze vragenlijsten een controleprocedure opgenomen voor de polisvoorwaarden, waarna er vragen over het beleid gesteld werden.

Waarom wel of geen toestemmingsvereiste?

Nadat gevraagd is of de gevonden gegevens juist zijn, is er gevraagd waarom de verzekeraar voor dat specifieke beleid heeft gekozen. De controleprocedure voor Univé leverde een verassend resultaat op: volgens de polisvoorwaarden van de Univé Zorgzaam polis is er geen toestemming nodig voor intramurale zorg in het buitenland, maar volgens een medewerker bij Univé klopt dit niet. “Voor grensoverschrijdende intramurale zorg moet altijd vooraf toestemming worden gevraagd”, aldus de medewerker. Een tweede analyse van de betreffende polisvoorwaarden laat echter zien dat het toestemmingsvereiste niet in de polisvoorwaarden staat. Dit kan ofwel betekenen dat er daadwerkelijk geen toestemming nodig is en dat het beleid ten aanzien van grensoverschrijdende zorg binnen Univé onduidelijk is, ofwel dat de polisvoorwaarden incorrect zijn. In §4.2 is echter uitgegaan van de tekst uit de polisvoorwaarden, omdat dat de tekst is die verzekerden zien.

Ook bij Menzis hebben verzekerden toestemming nodig alvorens naar het buitenland te gaan voor zorg. Volgens de medewerker die de vragenlijst heeft ingevuld, moet het toestemmingsvereiste echter niet als zeer strikt en formeel gezien worden. De medewerker gaf aan dat dit toestemmingsvereiste gehanteerd wordt omdat de Zorgverzekeringswet dat zo stelt. Naast Menzis heeft ook de medewerker van Fortis aangegeven dat de reden om het toestemmingsvereiste te hanteren “uit de wet- en regelgeving van de Zorgverzekeringswet” voortkomt. Het is echter al eerder in deze scriptie aangetoond dat er volgens de Zorgverzekeringswet geen onderscheid meer is tussen zorg in Nederland of het buitenland. Zowel de medewerker van Menzis als van Fortis zijn dus niet volledig op de hoogte van het

beleid ten aanzien van grensoverschrijdende zorg, of in ieder geval van de achterliggende redenen daarvan.

De “belangrijkste reden” dat OHRA een toestemmingsvereiste hanteert, “is om verzekerde bewust te maken van het feit dat de kosten van de behandeling die boven de Nederlandse kosten uitgaan voor eigen rekening komen”. Er zit dus een beschermende gedachte achter, namelijk dat de verzekerde niet ineens voor verrassingen komt te staan als hij/zij niet alles vergoed krijgt. Ook Menzis bleek beschermend op te treden. Naar eigen zeggen wordt de verzekerde namelijk beschermd door het niet vergoeden van niet-gebruikelijke zorg. Volgens Fortis “voorkomt dit het voorkomen van experimentele zorg”.

Net zoals OHRA geldt bij Azivo het toestemmingsvereiste ter bescherming van de verzekerde. Er is bij Azivo gekozen om het vereiste te hanteren “o.a. ter voorkoming van teleurstelling bij verzekerden indien behandelingen in het buitenland worden ondergaan die niet in het pakket van de basis verzekering zitten, zodat daarmee de kosten van de behandeling voor eigen rekening zouden komen. Ook kan het zijn dat in het buitenland anders wordt omgegaan met de beoordeling van doelmatigheid en noodzakelijkheid (afwijkend behandelbeleid)”.

Al met al kan geconcludeerd worden dat er twee belangrijke redenen te onderscheiden zijn om het toestemmingsvereiste te hanteren. Als eerste is dat het beschermen van verzekerden tegen experimentele of ongebruikelijke zorg. Ten tweede het voorkomen van verrassingen dat verzekerden ineens toch (een deel van) de kosten zelf moeten betalen. Hoeveel de kosten van voorziene zorg in het buitenland zijn, zal hieronder besproken worden.

Geschatte kosten van voorziene zorg in het buitenland

Voor Menzis, met een totaal aantal verzekerden van ruim twee miljoen, lagen de geschatte kosten van planbare zorg in het buitenland in 2006 rond de 3 à 4 miljoen euro. Univé kon geen schatting geven, maar gaf aan dat er in 2007 ongeveer 800 mensen om toestemming hebben gevraagd. Voor OHRA ligt het aantal toestemmingsaanvragen op ongeveer vijf per dag, met totale ziekenhuiskosten in het buitenland van ruim 1,5% van de totale ziekenhuiskosten.

Azivo en Fortis hebben op de vraag wat bij hun de geschatte kosten van voorziene zorg zijn, geen antwoord gegeven. Ook werd er geen antwoord gegeven op de vraag hoeveel toestemmingsaanvragen de verzekeraars krijgen. Azivo zei wel het volgende: “Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zien wij een toename van het aantal verzoeken om toestemming voor behandeling in het buitenland”. Ook bij Fortis is een stijging te zien “t.o.v. voorgaande jaren”. Onder de aanname dat een stijging in het aantal aanvragen ook leidt tot een stijging in het aantal toestemmingsverleningen, kan gesteld worden dat de

kosten van voorziene zorg voor deze verzekeraars gestegen zijn ten opzichte van voorgaande jaren.

De toestemmingsaanvragen

In tegenstelling tot Univé en OHRA wordt er bij Menzis, Fortis en Azivo gewerkt met een protocol aan de hand waarvan de toestemmingsaanvragen behandeld worden.

Een toestemmingsaanvraag bij Univé “maakt alleen kans van slagen als het handelt om doelmatige gebruikelijke zorg”. Ook bij Menzis wordt de gebruikelijkheid van de zorg meegewogen, en indien de zorg in Nederland niet gebruikelijk is wordt toestemming soms geweigerd “om de verzekerde te beschermen”. Indien de zorg wel gebruikelijk is in het land waar de zorg genoten wordt, kan er een uitzondering gemaakt worden. Een verzekerde van Azivo krijgt toestemming “als hij maar gebruikelijke zorg inroept, er een medische noodzaak hiertoe bestaat de zorg doelmatig is en aan de polisvoorwaarden voor de betreffende vorm van zorg is voldaan”. Fortis gaf als aanvullende voorwaarde voor het verlenen van toestemming dat een aanvraag “niet al eerder door het College Voor Zorgverzekeringen mag zijn afgewezen”.

Van het totaal aantal toestemmingsaanvragen wordt bij Univé tussen de 80% en de 90% toegewezen. Indien een verzekerde geen toestemming heeft gevraagd en met de nota achteraf bij Univé komt aankloppen kan er “coulancehalve” een oplossing gezocht worden door de nota “langs de meetlat van het Nederlands tarief” te leggen. Volgens de medewerker van Menzis heeft iedereen door de Zorgverzekeringswet werelddekking en heeft iedereen dus recht de vergoeding van kosten achteraf. Wel is deze vergoeding dan maximaal 100% van het Nederlandse tarief. Bij Azivo wordt er anders omgegaan met een declaratie achteraf. Indien verzekerden geen toestemming voor de behandeling hadden worden de kosten “in principe niet” vergoed. Hoeveel toestemmingsaanvragen er bij Azivo daadwerkelijk toegekend worden, wordt niet bijgehouden. “Geschat wordt dat er de meerderheid van de gevallen de toestemming daadwerkelijk wordt verleend”.

Ook bij Fortis wordt het merendeel van de toestemmingsaanvragen gehonoreerd. Indien verzekerden achteraf bij Fortis hun declaratie inleveren worden de kosten alsnog vergoed. “Tenminste, als de behandeling ook in Nederland vergoed wordt. Wij hebben dan een verwijzing nodig van de behandelend arts. De vergoeding bedraagt 100% van het Nederlandse tarief. Wanneer het gaat om experimentele zorg dan wordt er niets uitbetaald.” In overeenstemming met Menzis en Fortis, maar in tegenstelling tot Azivo, kan een verzekerde van OHRA achteraf (een deel van) de kosten van zorg in het buitenland vergoed krijgen, maar “de kosten zullen tot 100% worden vergoed van wat de behandeling in Nederland zou kosten” en alleen maar als de behandeling onder de vergoedingsregeling van de Zvw valt. “In voorkomende gevallen kunnen ook hogere kosten voor vergoeding in

aanmerking komen als de behandeling in Nederland niet wordt aangeboden maar wel als gangbare, effectieve zorg wordt beschouwd of als er bijvoorbeeld hele lange wachtlijsten bestaan in Nederland.” Bij OHRA wordt “in bijna 100% van de gevallen onder de restrictie dat de meerkosten voor eigen rekening komen” toestemming verleend, behoudens uitzonderingen.

Beïnvloeding door Europese regelgeving

Alle verzekeraars die een vragenlijst hebben ingevuld, hebben aangegeven dat er volledig rekening wordt gehouden met de uitspraken van het Europees Hof van Justitie. De medewerker van Menzis zei hierover: “Menzis is een uitvoeringsorgaan van de overheid en wordt onder andere getoetst door de NZa”. Voor OHRA behoren de uitspraken tot “de categorie wettelijke randvoorwaarden waar we altijd rekening mee houden”.

§4.3 Ontwerprichtlijn Europese Commissie inzake grensoverschrijdende zorg

Op 2 juli 2008 heeft de Europese Commissie (2008) haar ontwerprichtlijn inzake grensoverschrijdende zorg gepubliceerd. Dit betekent dat het een voorstel is voor een richtlijn, maar dat het nog door het Europees Parlement goedgekeurd moet worden. In de richtlijn, die ingaat op de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende zorg, wordt een voorstel gedaan met betrekking tot het toestemmingsvereiste voor voorziene zorg. In deze paragraaf zal eerst een weergave van de belangrijkste zaken uit de richtlijn gegeven worden, waarna er bekeken zal worden of het huidige Nederlandse systeem aan het voorstel voldoet.

De richtlijn

In de richtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen twee soorten zorg, namelijk extramuraal en intramuraal. Over extramurale zorg wordt het volgende gezegd:

Gezien de rechtspraak van het Hof van Justitie is het niet passend voor de vergoeding van in een andere lidstaat verstrekte extramurale zorg door het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat van aansluiting, voorafgaande toestemming te verlangen of te blijven verlangen. Voor zover de vergoeding van deze zorg binnen de grenzen van de dekking van de ziektekostenregeling in de lidstaat van aansluiting blijft, zal het ontbreken van een eis van voorafgaande toestemming het financiële evenwicht van de socialezekerheidsregelingen niet aantasten. (Europese Commissie 2008:15)

Er zijn hierbij dus twee belangrijke overwegingen om géén toestemmingsvereiste te hanteren. Ten eerste rechtspraak van het Europees Hof van Justitie, waar ook al eerder in deze scriptie over is gesproken, en ten tweede de geringe impact op het financiële evenwicht van de sociale zekerheidsregeling.

Voor intramurale zorg heeft het Hof van Justitie echter erkend dat niet uitgesloten kan worden dat een ernstige aantasting van het financiële evenwicht van het socialezekerheidsstelsel en de doelstelling een evenwichtige en voor eenieder toegankelijke verzorging door artsen en ziekenhuizen in stand te houden dwingende redenen van algemeen belang kunnen vormen waardoor een belemmering van het beginsel van het vrij verrichten van diensten gerechtvaardigd kan zijn. Het Hof van Justitie heeft ook erkend dat het aantal ziekenhuizen, hun geografische spreiding, hun inrichting en de uitrusting waarover zij beschikken, en zelfs de aard van de medische diensten die zij kunnen aanbieden, aspecten zijn die moeten kunnen worden gepland. Daarom voert deze richtlijn geen algemene eis van voorafgaande toestemming in, maar wordt toegestaan dat de lidstaten een systeem van voorafgaande toestemming hanteren voor de vergoeding van de kosten. (Europese Commissie 2008:16)

Hieraan zijn wel een aantal voorwaarden verbonden.

Het Nederlandse verzekeringenstelsel en de richtlijn

Zoals uit deze scriptie is gebleken wordt het toestemmingsvereiste in Nederland niet gehanteerd voor extramurale zorg, maar in tweederde van de gevallen nog wel voor intramurale zorg. Wat extramurale zorg betreft, voldoet Nederland dus aan de voorgestelde richtlijn.

Wat intramurale zorg betreft, ligt dit wat gecompliceerder. Een toestemmingsvereiste zou namelijk alleen gehanteerd mogen worden indien er zonder het vereiste onvoldoende financieel evenwicht in de socialezekerheidsregeling is. De vraag is dus wanneer er een financieel onevenwichtige situatie is. Om dit in te kunnen schatten moet per land, regio, zorgverzekeraar en ziekenhuis bekend zijn wat de kosten van grensoverschrijdende zorg daadwerkelijk zijn. Eerder in deze scriptie werd al de geschatte 1% van de landelijke ziekenhuiskosten genoemd. Later, in de vragenlijsten van de zorgverzekeraars, werden uiteenlopende schattingen gegeven. Voor enkele verzekeraars was het überhaupt niet bekend wat de kosten van grensoverschrijdende zorg precies zijn.

Zonder te weten wat de kosten van dit soort zorg zijn, kan men niet incalculeren wat dit voor effect heeft op de sociale zekerheidsregeling. Afgaand op het landelijk gemiddelde van 1% kan er gesteld worden dat de impact van grensoverschrijdende zorg niet of nauwelijks tot een financieel onevenwichtige situatie zal leiden. Voor grensregio's kan dit echter heel anders zijn. Er kan daarom ook nog geen uitspraak worden gedaan of Nederland het toestemmingsvereiste volgens de ontwerprichtlijn nog mag voeren, aangezien de financiële situatie een van de belangrijkste voorwaarden hiervoor is.

Conclusie

In deze bachelorscriptie over grensoverschrijdende zorg stond de volgende vraag centraal: hanteren zorgverzekeraars nog steeds het autorisatieprincipe, en zo ja hoe wordt dat vormgegeven? Om hier een antwoord op te kunnen geven, is er op drie manieren onderzoek gedaan.

Allereerst is er literatuuronderzoek gedaan naar de (juridische) context van grensoverschrijdende zorg. Zo is er een aantal uitspraken van het Europees Hof van Justitie dat van grote invloed is geweest op de ontwikkeling van grensoverschrijdende zorg en het beleid hierover.

Ten tweede zijn de polisvoorwaarden van de basisverzekeringen van 38 zorgverzekeraars onderzocht op een toestemmingsvereiste. De resultaten hiervan zijn met elkaar vergeleken en er zijn vijf categorieën gemaakt van manieren waarop verzekeraars het autorisatievereiste hanteren.

Ten derde zijn er vragenlijsten gestuurd naar zorgverzekeraars met een aantal verdiepende vragen over hun beleid (zowel bij aanwezigheid als afwezigheid van een toestemmingsvereiste). De belangrijkste vraag was, waarom ervoor is gekozen wel/geen toestemmingsvereiste te hanteren. Hoewel niet veel zorgverzekeraars de vragenlijst hebben ingevuld, zijn er wel interessante resultaten uit voortgekomen. Deze resultaten zijn echter wellicht niet representatief voor de overige verzekeraars.

Van de 38 onderzochte zorgverzekeraars hanteren er 23 een toestemmingsvereiste voor intramurale zorg, wat op ongeveer 60% neerkomt. Van het totaal aantal onderzochte polissen bevat 66% een toestemmingsvereiste.

Meestal hanteren alle labels van één moedermaatschappij het toestemmingsvereiste wel of allemaal niet. Dit geldt echter niet voor Achmea, waar DSW de enige verzekeraars is die het vereiste wel hanteert, en voor UVIT, waar Cares Gouda de enige is die het niet hanteert. Binnen een label hebben alle polissen, op Univé na, wel of allemaal niet het vereiste.

Er is onderzocht welke variant polissen vaker het toestemmingsvereiste bevat: natura of restitutie. Er werd namelijk verwacht dat het vereiste vaker voor zou komen binnen naturapolissen. Dit bleek niet het geval. Per polisvariant is het zo dat telkens ongeveer tweederde van de polissen een toestemmingsvereiste hanteert. Van het totaal aantal polissen waarin het toestemmingsvereiste is opgenomen is wel 50% restitutie, maar het aandeel van restitutiepolissen in het totaal aantal polissen is vrijwel even groot. Er is dus geconcludeerd dat het toestemmingsvereiste niet vaker in naturapolissen of restitutiepolissen opgenomen is.

Zoals al eerder is gezegd, zijn er vijf categorieën onderscheiden van manieren waarop het toestemmingsvereiste is vormgegeven. Er is één categorie met verzekeraars die géén toestemmingsvereiste hanteren. In de overige categorieën wordt het wel gehanteerd. In één van de categorieën met toestemming worden geen verdere beperkingen of voorwaarden aan de vergoeding van kosten gesteld, in de overige categorieën wel. De vergoeding van niet-gecontracteerde aanbieders is bijvoorbeeld lager dan het normale bedrag; de vergoeding kan juist hoger worden, indien er vooraf wel toestemming is gevraagd en/of verzekerden hebben recht op bemiddeling indien zorg in Nederland niet tijdig geleverd kan worden en na toestemming recht op vergoeding van buitenlandse zorg. De belangrijkste conclusie die op basis hiervan getrokken kan worden, is dat het toestemmingsvereiste vaak gepaard gaat met financiële beperkingen. Aangezien in veel gevallen de vergoeding hoger kan worden dan normaal indien er vooraf toestemming is verkregen, is het voor verzekerden altijd aan te raden om voor kostbare zorg vooraf toestemming te vragen.

Uit de vragenlijsten is vooral gebleken dat er met betrekking tot een toestemmingsvereiste nog onduidelijkheid heerst bij de zorgverzekeraars. Zo was Menzis bijvoorbeeld in de overtuiging dat ze het toestemmingsvereiste hanteren omdat dat in de Zorgverzekeringswet staat. Ook bij Univé bestaat er nog wat onduidelijkheid: volgens de verzekeraar moeten verzekerden bij alle polissen toestemming hebben voor intramurale zorg, maar uit het polisvoorwaardenonderzoek bleek dat er één polis is waar het vereiste niet in staat.

De belangrijkste vraag uit de vragenlijsten was waarom zorgverzekeraars het toestemmingsvereiste hanteren. De “belangrijkste reden” dat OHRA een toestemmingsvereiste hanteert, “is om verzekerde bewust te maken van het feit dat de kosten van de behandeling die boven de Nederlandse kosten uitgaan voor eigen rekening komen”. Volgens Menzis wordt de verzekerde beschermd door het niet vergoeden van niet-gebruikelijke zorg. Volgens Fortis “voorkomt dit het voorkomen van experimentele zorg”.

Net zoals bij OHRA geldt bij Azivo het toestemmingsvereiste ter bescherming van de verzekerde. Er is bij Azivo gekozen om het vereiste te hanteren “o.a. ter voorkoming van teleurstelling bij verzekerden indien behandelingen in het buitenland worden ondergaan die niet in het pakket van de basis verzekering zitten, zodat daarmee de kosten van de behandeling voor eigen rekening zouden komen. Ook kan het zijn dat in het buitenland anders wordt omgegaan met de beoordeling van doelmatigheid en noodzakelijkheid (afwijkend behandelbeleid)”. De gegeven antwoorden vallen dus in twee groepen uiteen: ten eerste bescherming van verzekerden tegen experimentele of ongebruikelijke zorg en ten tweede het voorkomen van de verrassing dat een verzekerde ineens toch (een deel van) de kosten zelf moet betalen.

Indien verzekerden vooraf geen toestemming hebben gevraagd en naderhand de declaratie indienen, worden de kosten door Univé, Menzis, Fortis en OHRA (coulancehalve) vergoed, of in ieder geval tot maximaal de Nederlandse tarieven. Bij Azivo worden de kosten “in principe niet” vergoed, indien er vooraf geen toestemming is verkregen voor de behandeling.

Waar toestemmingsaanvragen vooral op beoordeeld worden, is of het gaat om gebruikelijke en medisch noodzakelijke zorg en of er aan de polisvoorwaarden voldaan wordt.

Wat verder uit de vragenlijsten (maar ook uit het literatuuronderzoek) bleek, is dat het over het algemeen niet precies duidelijk is wat de kosten van grensoverschrijdende zorg zijn. Verzekeraars gaven vaak een schatting aan, waar in het geval van Menzis een speling van een miljoen euro in zat. Een schatting van het aantal toestemmingsaanvragen is voor OHRA vijf per dag. Univé gaf aan dat er in 2007 ongeveer 800 toestemmingsaanvragen binnengekomen zijn.

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag: al met al kan er geconcludeerd worden dat een groot deel van de zorgverzekeraars nog steeds het toestemmingsvereiste hanteert, ook al is dit niet opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Naast het toestemmingsvereiste, wat een beperking kan zijn om naar het buitenland te gaan, zijn er vaak ook nog andere financiële beperkingen. Verzekerden die echter geen toestemming hebben gevraagd, krijgen vaak toch achteraf (een deel van) de kosten vergoed.

Discussie

In dit onderzoek is getracht een beeld te schetsen van de vormgeving van het toestemmingsvereiste onder Nederlandse zorgverzekeraars. Het aantal verzekeraars dat de vragenlijst heeft ingevuld is echter vrij laag, waardoor de generaliseerbaarheid van de uitkomsten van deze vragenlijsten ook laag is. Hierdoor kan het zo zijn dat het algemene beeld uit de vragenlijsten (dat er onder verzekeraars veel onduidelijkheid heerst over grensoverschrijdende zorg) toevallig geldt voor deze verzekeraars, maar niet voor andere. De resultaten uit de vragenlijsten moeten dan ook uitsluitend gezien worden als een schets van de vormgeving van het toestemmingsvereiste van een aantal verzekeraars.

Toch blijft de bestaande onduidelijkheid wel een belangrijk aandachtspunt voor beleidsmakers. Zonder een duidelijk gemotiveerd beleid of kennis van zaken zal het huidige beleid naar alle waarschijnlijkheid onveranderd doorgezet worden, op basis van onjuiste informatie. Hiermee is niet gezegd dat het huidige beleid onjuist is, echter alleen dat het beleid op de juiste informatie moet berusten. Zolang het bij zorgverzekeraars niet bekend is

dat het toestemmingsvereiste niet meer in de Zorgverzekeringswet voorkomt, zal dit niet het geval zijn.

Een ander belangrijk punt om hier te noemen is de houdbaarheid van de Nederlandse situatie zoals die nu is. In hoofdstuk 4 is gesproken over de ontwerprichtlijn van de Europese Commissie, die een toestemmingsvereiste alleen nog maar toe wil staan indien er anders geen financieel evenwicht in het sociale zekerheidssysteem kan zijn. Dit impliceert een actieve rol van de overheid, die over landelijke gegevens moet beschikken met betrekking tot grensoverschrijdende zorg, en die wellicht ook landelijk beleid moet maken om een financieel onevenwichtige situatie te voorkomen. Het is echter in hoofdstuk 2 van deze scriptie al gezegd dat de overheid zich niet met het toestemmingsvereiste heeft willen bemoeien. De vraag is dan ook of de overheid hier goed aan heeft gedaan, of dat ze zich over een aantal jaar (indien de richtlijn geaccepteerd wordt) toch weer met het toestemmingsvereiste moet gaan bemoeien.

Op deze vragen kan in deze scriptie geen antwoord gegeven worden, maar wellicht kan een toekomstige student Gezondheidswetenschappen zich over dit vraagstuk buigen. Een aantal andere aanbevelingen voor toekomstig onderzoek staat hieronder weergegeven.

Aanbevelingen

Uit deze scriptie is meerdere malen naar voren gekomen dat het niet bekend is welke kosten er met grensoverschrijdende gemoeid zijn. In de vragenlijsten is wel gevraagd wat de kosten van dit soort zorg voor verzekeraars zijn, maar de antwoorden hierop bleven bij schattingen. Toch is deze informatie wel van groot belang. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen, maar ook beleidsmakers op macroniveau, hebben er baat bij te weten om hoeveel kosten het gaat en hoe het beleid zo gunstig mogelijk ingezet kan worden om de kosten te minimaliseren. Het verdient dan ook aanbeveling om in toekomstig onderzoek meer nadruk te leggen op de kosten van grensoverschrijdende zorg.

Er zijn echter nog andere factoren met betrekking tot grensoverschrijdende zorg die onvoldoende bekend zijn. Er is in deze scriptie bijvoorbeeld gesproken over grensregio's, maar het is niet exact duidelijk wat de meest voorkomende grensoverschrijdende bewegingen zijn, om hoeveel mensen het gaat en waarom die mensen juist naar die regio of dat ene ziekenhuis gaan. Gaat het hierbij om zorg die in Nederland niet tijdig geleverd kan worden, of zijn er andere motieven om naar het buitenland te gaan voor zorg? In verband met de zorginkoop van zorgverzekeraars is het ook van belang om te weten om welke vormen van zorg het gaat, zodat verzekeraars daar actief op in kunnen spelen. Het is dan ook belangrijk dat bovenstaande vragen in toekomstig onderzoek nader onderzocht worden.

Literatuurlijst

- Aarnhout. 2008. Persoonlijke communicatie tijdens een gastcollege van de bedrijvendagen bij de Europese Commissie.
- Busse, R. & M. Wörz, T. Foubister, E. Mossialos, P. Berman. 2006. *Mapping Health Services Access National and Cross-Border Issues (HealthACCESS) Final Report, November 2006*. [Internet]. Europese Commissie, onbekend [aangehaald op 15-10-2007]. Bereikbaar op:
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_22_frep_en.pdf
- (Centraal Planbureau). 2002. *CPB Report: Verbetering van transparantie in de gezondheidszorg: een sleutelrol voor de overheid* [Internet]. Centraal Planbureau, 22-10-2007 [aangehaald op 11-11-2007]. Bereikbaar op: http://www.cpb.nl/nl/news/2002_53.html
- (Curia) 2004. Gewijzigd op: 16-05-2006. Bereikbaar op: <http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=en&Submit=Rechercher&alldocs=alldocs&docj=docj&docop=docop&docor=docor&docjo=docjo&numaff=C-372/04&datefs=&datefe=&nomusuel=&domaine=&mots=&resmax=100>
- (EuregioGezondheidsportaal). 2007. *Medische behandeling in Europa met E112*. [Internet]. EuregioGezondheidsportaal, 11-10-2007 [aangehaald op 14-11-2007]. Bereikbaar op:
http://www.euregiogesundheitsportal.de/euregioportal/index.php?id=d_6_2_3_&L=2
gewijzigd op:
- (Europese Commissie). 2006. *Health and Consumer Protection Directorate-General, European Commission Summary report of the responses to the consultation regarding "Community action on health services" (SEC (2006) 1195/4 of 26 September 2006)* [Internet]. Europese Commissie, onbekend [aangehaald op 15-10-2007]. Bereikbaar op:
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_rep_en.pdf.
- (Europese Commissie). 2007. *Judgements Kohll and Decker, 28 April 1998, cases C-120/95 and C-158/96* [Internet]. Europese Commissie, 05-11-2007 [aangehaald op 11-11-2007]. Bereikbaar op:
http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/healthcare/e112/caselaw_en.htm
- (Europese Commissie). 2008). *RICHTLIJN VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg* [Internet]. Europese Commissie, 02-07-2008 [aangehaald op: 17-08-2008]. Bereikbaar op:

- http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/cross-border_healthcare_en.htm.
- Evers, S & A. Paulus, A. Boonen. 2001. 'Integrated care across borders: possibilities and complexities'. In: *International Journal of Integrated Care* 2001 (Jul–Sep)
 - Glinos, I.A. & N. Boffin, R. Baeten. 2005. *Contracteren voor grensoverschrijdende gezondheidszorg in Belgische ziekenhuizen: een analyse van gezichtspunten van Belgische, Nederlandse en Engelse betrokken spelers*. [Internet]. Observatoire social Europëen, onbekend [aangehaald op 15-10-2007]. Bereikbaar op: <http://www.ose.be/files/health/ExecSummaryContractingNL.pdf>
 - Hamilton. 2008. Persoonlijke communicatie per e-mail (zie bijlage).
 - Hermans, H.E.G.M. & A. den Exter. 1999. *Cross-border Alliances in Health Care: International Co-operation between Health Insurers and Providers in the Euregio Meuse-Rhine*. [Internet]. Croatia Medical Journal, onbekend [aangehaald op 26-10-2007]. Bereikbaar op: <http://www.cmj.hr/index.php?P=1825>
 - Hermans, H.E.G.M. 2005. *Tekst en toelichting Zorgverzekeringswet*. Den Haag: SDU uitgevers.
 - Hervey, T.K. & J.V. McHale. 2004. *Health Law in the European Union*. Cambridge: Cambridge University Press.
 - (Inspectie voor de Gezondheidszorg). 2004. *Rapport Het resultaat telt 2004: prestatie-indicatoren als de onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg*. [Internet]. Inspectie voor de Gezondheidszorg, onbekend [aangehaald op: 11-11-2007]. Bereikbaar op: http://www.igz.nl/15451/106463/2006-04_Het_resultaat_telt_1.pdf.
 - Memorie van Toelichting Ziekenfondswet, *Kamerstukken II* 1961/62, 6808.
 - Memorie van Toelichting Zorgverzekeringswet, *Kamerstukken II* 2003–2004, 29 763, nr. 3
 - Klink, A. 2007. *Grensoverschrijdende zorg: Kamerstuk 14 mei 2007*. [Internet]. Ministerie van Volksgezondheids, Welzijn en Sport, 30-10-2007 [Aangehaald op: 5-11-2007]. Bereikbaar op: <http://www.minvws.nl/kamerstukken/iz/2007/grensoverschrijdende-gezondheidszorg.asp>.
 - (NZa) 2007
 - (NIVEL). 2008. CQi Zorg en Zorgverzekering. NIVEL, 31-08-2008 [aangehaald op 31-08-2008]. Bereikbaar op: <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/vragenlijst/zorg-en-zorgverzekering.html>.
 - Straetmans, G. 2004. *Teksten Financiering en planning gezondheidszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Bijlagen

Bijlage 1: Uitwerking Polisvoorwaarden 2008

legenda bij tabel: H = Hoofdstuk		art. = artikel		voorbeeld: art 1.1 = artikel 1 lid 1	
Verzekeraar: Avéro Achmea					
Naam basisverzekering: Keuze Zorgplan			polisvorm: Restitutie		
H2: art.3A	De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op vergoeding van kosten voor zorg bedoeld als in Hoofdstuk 2, artikel 1 lid B van een zorgverlener buiten Nederland.				
H2 art.3E	In de gevallen bedoeld in lid A t/m D vindt, indien Avéro Achmea vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats die meer kan bedragen dan de onder onderdeel A van dit artikel aangegeven vergoeding.				
Naam basisverzekering: Zorgplan			polisvorm: Combinatie		
H2:art.1 B2	Als verzekerde zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee Avéro Achmea geen overeenkomst heeft afgesloten en Avéro Achmea voldoende zorg heeft ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft verzekerde recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten.				
H2:art.3A1	<p>1. De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:</p> <ul style="list-style-type: none"> -zorg door een zorgverlener die door Avéro Achmea in het buitenland is gecontracteerd; -vergoeding van kosten van zorg van een niet door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van het Zorg Plan tot maximaal: <ul style="list-style-type: none"> - indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is; - het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgestelde (maximum-)tarief; - indien en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. 				
H2: art3A4	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de Avéro Achmea vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid artikel 3 onder A aangegeven vergoeding.				
Verzekeraar: DVZ [label van Achmea]					
Naam basisverzekering: Principepolis			polisvorm: Combinatie		
art. 12.2	Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten.				
art. 12.4	Wanneer de voor u benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft u aanspraak op bemiddeling en na verkregen <u>toestemming</u> recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal: <ul style="list-style-type: none"> – het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief; – Wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. 				
art: 18.1.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op: <ul style="list-style-type: none"> – zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd; – vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Principe Polis tot maximaal: <ul style="list-style-type: none"> - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent; - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief; - wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. 				
Verzekeraar: FBTO Achmea					
Naam basisverzekering: FBTO internet zorgverzekering			polisvorm: Restitutie		
Declaraties van buitenlandse zorgverleners hoger dan € 200,- kunnen rechtstreeks door ons verrekend worden met de betrokken instantie. Declaraties lager dan genoemd bedrag worden in principe aan u uitbetaald. FBTO heeft overeenkomsten met verschillende zorgverleners in België en Duitsland. In het geval u gebruik maakt van					

	deze zorgverleners worden de nota's rechtstreeks door ons betaald. Op basis van de polisvoorwaarden moet voor een aantal behandelingen of verstrekkingen vooraf <u>toestemming</u> worden gevraagd. De belangrijkste zijn: - hulpmiddelen; - gebitsprothese; - maagband; - orgaantransplantaties; - bijzondere tandheelkunde (zoals bijvoorbeeld implantaten) - bijzondere orthodontie - behandelingen in het buitenland.
art 11.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 18 lid 1 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
art. 11.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
art. 18.3	Als u voor de bovengenoemde artikelen zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.
Verzekeraar: Groene Land Achmea	
Naam basisverzekering: Beter Af Polis polismform: Natura	
art 12.2	Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.
art 12.4	Wanneer de voor u benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft u aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed.
art 18.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op: <input type="checkbox"/> zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd; <input type="checkbox"/> vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal: <input type="checkbox"/> wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent; <input type="checkbox"/> het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief; <input type="checkbox"/> wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.
Verzekeraar: Interpolis [label van Achmea]	
Naam basisverzekering: Beter Af Polis polismform: Natura	
art 12.2	Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.
art. 12.4	Wanneer de voor u benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft u aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener.
art. 18.1.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op: - zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd; - vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Interpolis Basisverzekering tot maximaal: - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent; - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief; - wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.
art. 18.1.4	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, wanneer wij vooraf toestemming verlenen voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 18.1 aangegeven vergoeding.
Verzekeraar: OZF Achmea	
Naam basisverzekering: OZF Zorgpolis polismform: Natura	
art.14	Buitenlandse nota's dienen te zijn vergezeld van het volledig ingevulde declaratieformulier buitenland.
art 21.1	Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd, heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.
art.21.4	Wanneer de voor u benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft u aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht

	op vergoeding van de kosten van zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener.	
art. 56.1.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van: <ul style="list-style-type: none"> • zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd; • vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de OZF Zorgpolis tot maximaal: - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent; - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief; - wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. 	
art. 56.1.4	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, wanneer wij vooraf toestemming verlenen voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 56.1 aangegeven vergoeding.	
Verzekeraar: PWZ Achmea		
Naam basisverzekering: Beter Af Polis		polisvorm: Natura
art. 12.2	Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.	
art. 12.4	Wanneer de voor u benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft u aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed.	
art. 18.1.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op: <input type="checkbox"/> zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd; <input type="checkbox"/> vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal: <input type="checkbox"/> wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent; <input type="checkbox"/> het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief; <input type="checkbox"/> wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.	
art. 18.1.4	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, wanneer wij vooraf toestemming verlenen voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 18.1 aangegeven vergoeding.	
Verzekeraar: Zilveren Kruis Achmea		
Naam basisverzekering: Beter Af Polis		polisvorm: Natura
art. 12.2	Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.	
art. 12.4	Wanneer de voor u benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft u aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed.	
art. 18.1.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op: <input type="checkbox"/> zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd; <input type="checkbox"/> vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal: <input type="checkbox"/> wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent; <input type="checkbox"/> het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief; <input type="checkbox"/> wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag	
art. 18.1.4	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, wanneer wij vooraf toestemming verlenen voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 18.1 aangegeven vergoeding	
Verzekeraar: Aegon		
Naam basisverzekering: Aegon Zorgverzekering		polisvorm: Restitutie
B art.1.3	Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd heeft de verzekerde -na melding hiervan aan de zorgverzekeraar- aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van	

	verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.	
B. art.22.1	De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg, als bedoeld in artikel 1 lid 2 van deel B van de polisvoorwaarden, van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.	
Verzekeraar: Agis		
Naam basisverzekering: Basispolis		polisvorm: Restitutie
H1 art.3a	Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling.	
H2 art.12.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.	
H2 art.12.6	Bij het invoeren van zorg in een ander land dan waar de verzekerde woont of werkt heeft de verzekerde voor het invoeren <u>van klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname) als bedoeld in punt 2b en klinische geestelijke gezondheidszorg (opname) als bedoeld in 3c van de Lijst van aanspraken, voorafgaande toestemming</u> van Agis nodig, tenzij er sprake is van medisch noodzakelijk zorg die redelijkerwijs die niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.	
H1 art.8.1	Als volgens de lijst van aanspraken toestemming vooraf dient te worden gevraagd, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor vergoeding van de betreffende zorg bij de zorgverzekeraar te worden aangevraagd. Dit dient op een zodanig tijdstip te gebeuren, dat de zorgverzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zondig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.	
Naam basisverzekering: Basispolis Basic		
		polisvorm: Natura
H1 art.7.2	Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder.	
H2 art.12.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene voorwaarden van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg invoert van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Eén en ander onverminderd het bepaalde in lid 6.	
H2 art.12.6	Bij het invoeren van zorg in een ander land dan waar de verzekerde woont of werkt heeft de verzekerde voor het invoeren <u>van klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname) als bedoeld in punt 2b en klinische geestelijke gezondheidszorg (opname) als bedoeld in 3c van de Lijst van aanspraken, voorafgaande toestemming</u> van Agis nodig, tenzij er sprake is van medisch noodzakelijk zorg die redelijkerwijs die niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.	
H1 art.8.1	Als volgens de lijst van aanspraken toestemming vooraf dient te worden gevraagd, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor vergoeding van de betreffende zorg bij de zorgverzekeraar te worden aangevraagd. Dit dient op een zodanig tijdstip te gebeuren, dat de zorgverzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zondig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.	
Verzekeraar: AnderZorg		
Naam basisverzekering: AnderZorg Basis		polisvorm: Restitutie
B9	U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een door AnderZorg gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. <u>Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van AnderZorg nodig.</u> Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.	
Verzekeraar: Azivo		
Naam basisverzekering: Basisverzekering		polisvorm: Natura
H3 art.6.6	Indien de verzekerde kiest voor zorg in natura en de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door Azivo gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed.	
H3 art.31.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg door een door Azivo gecontracteerde zorgverlener of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg invoert van een niet door Azivo gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 6 lid 4 van deze polis als zou die zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of	

	instelling zijn verleend.
H3 art.31.5	<u>In alle gevallen geldt dat voor het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen zorg gepaard gaand met verblijf of opname, voorafgaande toestemming van Azivo is vereist</u> , tenzij sprake is van medisch noodzakelijke zorg, dat wil zeggen zorg, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
Verzekeraar: AZVZ	
Naam basisverzekering: Zorgverzekering	
polisvorm: Natura	
art.3.3	Indien de voor de verzekerde benodigde zorg als bedoeld in het voorafgaande lid naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door AZVZ gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed
art.26.1	<u>voor intramurale zorg buiten het woonland (dat is opneming of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht) is toestemming nodig van AZVZ.</u>
Verzekeraar: Confior	
Naam basisverzekering: ZorgPlan Polis	
polisvorm: Natura	
B9	U heeft recht op zorg van een door Confior gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. <u>Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Confior nodig.</u> Voorafgaande toestemming hebt u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.
Verzekeraar: ZorgFlexibel	
Naam basisverzekering: ZorgFlexibel	
polisvorm: Restitutie	
Polis	
B9	U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg. <u>Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Confior nodig.</u> Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.
Verzekeraar: CZ	
Naam basisverzekering: Zorg-op-maatpolis	
polisvorm: Natura	
art.11.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg invoert van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.
art.11.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
Verzekeraar: Zorgkeuzepolis	
Naam basisverzekering: Zorgkeuzepolis	
polisvorm: Restitutie	
art.11.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten voor zorg van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
art.11.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
Verzekeraar: De Amersfoortse	
Naam basisverzekering:	
polisvorm: Restitutie	

Basisverzekering Optimaal	
art.18.20.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 3 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
art.18.20.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
art.18.20.6	<u>Bij opname in een ziekenhuis is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist</u> , tenzij er sprake is van spoedeisende zorg. Spoedeisende zorg is onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.
Naam basisverzekering: Basisverzekering Uitgebreid	
polisvorm: Natura	
art. 8.20.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 3 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
art.18.20.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
art.18.20.6	<u>Bij opname in een ziekenhuis is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist</u> , tenzij er sprake is van spoedeisende zorg. Spoedeisende zorg is onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.
Verzekeraar: De Friesland	
Naam basisverzekering: Basisverzekering Noord Nederland	
polisvorm: Natura	
art.3.6	Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling door De Friesland. De aan deze zorg verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed.
art.32.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als een verzekerde de zorg oproept van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 3.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.
art.32.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt volledige vergoeding van de kosten plaats voorzover: a. er sprake is van wachtlijstbemiddeling door De Friesland of; b. <u>de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door De Friesland.</u>
art.32.6	Bij noodsituaties en ziekenhuisopname dient zo spoedig mogelijk en in beginsel voorafgaand aan de zorgverlening overleg plaats te vinden met de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmservice. Als aan deze voorwaarde niet is voldaan zal de vergoeding niet meer bedragen dan het in Nederland geldende marktconforme tarief.
Naam basisverzekering: Basisverzekering Zuid Nederland	
polisvorm: Natura	
art.3.6	Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling door De Friesland. De aan deze zorg verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed
art.32.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als een verzekerde de zorg oproept van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 3.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.
art.32.5	<u>In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt volledige vergoeding van de kosten plaats voorzover:</u> a. er sprake is van wachtlijstbemiddeling door De Friesland of; b. <u>de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door De Friesland.</u>
art.32.6	Voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland dient rechtstreeks en zo mogelijk vooraf contact te worden opgenomen met de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmservice.
Verzekeraar: De Goudse Verzekeringen	
Naam basisverzekering: De Goudse Zorg	
polisvorm: Natura	

Polis Natura 2008	
art.9.1	De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op zorg die verleend wordt door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland. Indien de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze gelden voor de door de zorgverzekeraar in Nederland gecontracteerde zorgaanbieders.
art.9.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
art.9.7	Indien bij bepaalde vormen van zorg, naast de voorafgaande toestemming voor het invoeren van zorg, nog specifiek een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel.
Naam basisverzekering: De Goudse Zorg	
Polis Restitutie 2008	
art. 9.1	De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg die verleend wordt door een zorgaanbieder buiten Nederland.
art.9.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
art.9.7	Indien bij bepaalde vormen van zorg, naast de voorafgaande toestemming voor het invoeren van zorg, nog specifiek een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel.
Verzekeraar: Delta Lloyd	
Naam basisverzekering: Delta Lloyd	
Zorgverzekering	
art.12.12	U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg door een zorgverlener of zorginstelling buiten Nederland zoals gesteld in artikel 8.4 van deze polisvoorwaarden. De vergoeding van medische kosten in het buitenland bedraagt ten hoogste het bedrag, dat volgens de dekking van deze zorgverzekering zou zijn vergoed conform artikel 8.4 van deze polisvoorwaarden als de zorg in Nederland zou zijn verleend. Als Delta Lloyd vooraf toestemming heeft gegeven voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, kan op advies van de medisch adviseur een hogere vergoeding van kosten plaatsvinden. In geval van voorziene medische zorg in het buitenland die gepaard gaat met verblijf in een zorginstelling, is voorafgaande schriftelijke toestemming van Delta Lloyd noodzakelijk .
Verzekeraar: DSW	
Naam basisverzekering: basisverzekering	
polisvorm: Combinatie	
art.11.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft ook aanspraak op zorg door een door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg invoert van een niet door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 19 lid 3 van deze polisvoorwaarden als zou die zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.
art.11.5	In alle gevallen geldt dat voor het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen zorg gepaard gaand met opname en verblijf, voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW is vereist . Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. Indien sprake is van medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt deze toestemmingseis niet.
art.11.6	In alle gevallen geldt dat voor het invoeren van extramurale zorg, dat wil zeggen zorg die niet gepaard gaat met verblijf of opname, geen voorafgaande toestemming is vereist.
art.11.7	In aanvulling op lid 1 geldt, dat indien Zorgverzekeraar DSW vooraf toestemming verleent voor het invoeren van extra- of intramurale zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding plaatsvindt tot ten hoogste het op basis van de WMG vastgestelde (maximum)tarief of het in Nederland geldende marktconforme tarief, tenzij Zorgverzekeraar DSW bij haar toestemming de vergoeding hoger vaststelt. Indien er sprake is van in het buitenland ingeroepen medisch noodzakelijke zorg, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt een volledige vergoeding.
Verzekeraar: Fortis ASR	
Naam basisverzekering:	
Ziektekostenverzekering Mix	
polisvorm: Natura	
art.18.20.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 3 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland
art.18.20.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan

	bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.	
art.18.20.6	Bij opname in een ziekenhuis is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg. Spoedeisende zorg is onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland	
Verzekeraar: IZA		
Naam basisverzekering: Ziektekostenverzekering Flexibel		polisvorm: Restitutie
art.18.20.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 3 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.	
art.18.20.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.	
art.18.20.6	<u>Bij opname in een ziekenhuis is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist</u> , tenzij er sprake is van spoedeisende zorg. Spoedeisende zorg is blad onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland	
Verzekeraar: IZA		
Naam basisverzekering: IZA Zorgverzekering		polisvorm: Restitutie
art.9.1	De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land heeft naar keuze aanspraak op: - zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is; - vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door IZA Zorgverzekeraar is gecontracteerd; - vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door IZA Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.	
art.9.4	<u>In alle gevallen geldt dat bij het invoeren van voorzienbare zorg in een ander land dan het woonland de verzekerde, voor het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaande met verblijf, voorafgaande toestemming van IZA Zorgverzekeraar nodig heeft</u> , tenzij er sprake is van medisch noodzakelijke zorg.	
Verzekeraar: IZZ		
Naam basisverzekering: IZZ Basispakket		polisvorm: Natura
art.9.1	De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op: - zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is; - zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar IZZ is gecontracteerd; - vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden; - vergoeding van de kosten van onvoorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, van een niet door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.	
art.9.4	In alle gevallen geldt dat bij het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar IZZ nodig heeft. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg gepaard gaande met verblijf van ten minste één nacht. Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg.	
Verzekeraar: IZZ		
Naam basisverzekering: IZZ Basisverzekering		polisvorm: Restitutie
art.9.1	De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op: - zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU- socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is; - vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar IZZ is gecontracteerd; - vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door Zorgverzekeraar IZZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.	
art.9.4	In alle gevallen geldt dat bij het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland,	

	de verzekerde voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar IZZ nodig heeft. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg gepaard gaande met verblijf van ten minste één nacht. Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg.
Verzekeraar: Lancyr	
Naam basisverzekering: Zorg Beter Actief Polis	polisvorm: Restitutie
art.12.12	U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg verleend door een zorgverlener of zorginstelling buiten Nederland zoals gesteld in artikel 8.4 van deze polisvoorwaarden. De vergoeding van medische kosten in het buitenland bedraagt ten hoogste het bedrag, dat volgens de dekking van deze zorgverzekering zou zijn vergoed conform artikel 8.4 van deze polisvoorwaarden als de zorg in Nederland zou zijn verleend. De in de polis vermelde maximale vergoedingen, eigen bijdragen, verplicht en/of vrijwillig eigen risico zijn van toepassing. Als Delta Lloyd vooraf toestemming heeft gegeven voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, kan op advies van de medisch adviseur een hogere vergoeding van kosten plaatsvinden. In geval van voorziene medische zorg in het buitenland die gepaard gaat met verblijf in een zorginstelling, is voorafgaande <u>schriftelijke toestemming van Delta Lloyd noodzakelijk</u> .
Verzekeraar: Menzis	
Naam basisverzekering: ZorgVerzorgd	polisvorm: Natura
B9	U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. <u>Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig.</u> Voorafgaande toestemming hebt u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.
Naam basisverzekering: ZorgZó	polisvorm: Restitutie
B9	U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een nietgecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg. <u>Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig.</u> Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.
Verzekeraar: Ohra	
Naam basisverzekering: Ohra Zorgverzekering	polisvorm: Restitutie
art. 12.12	U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg door een zorgverlener of zorginstelling buiten Nederland zoals gesteld in artikel 8.4 van deze polisvoorwaarden. De vergoeding van medische kosten in het buitenland bedraagt ten hoogste het bedrag, dat volgens de dekking van deze zorgverzekering zou zijn vergoed conform artikel 8.4 van deze polisvoorwaarden als de zorg in Nederland zou zijn verleend. De in de polis vermelde maximale vergoedingen, eigen bijdragen, verplicht en/of vrijwillig eigen risico zijn van toepassing. Als OHRA vooraf toestemming heeft gegeven voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, kan op advies van de medisch adviseur een hogere vergoeding van kosten plaatsvinden. <u>In geval van voorziene medische zorg in het buitenland die gepaard gaat met opname in een zorginstelling, is voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA noodzakelijk.</u>
Verzekeraar: ONVZ	
Naam basisverzekering: Vrije Keuze Zorgplan 2008	polisvorm: Restitutie
art.B22.1	De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg, als bedoeld in artikel 1 lid 2 van deel B van de polisvoorwaarden, van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
art.B22.5	In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ Zorgassistance voor het regelen van de zorg waarvoor de zorgverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

Verzekeraar: PNO Ziektekosten	
Naam basisverzekering: Basisverzekering PNO Ziektekosten 2008	polisvorm: Restitutie
art.11.1	De verzekerde die woont of verblijft in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 18 lid 1 door een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
art.11.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
Verzekeraar: Pro Life	
Naam basisverzekering: Pro Life Basispolis	polisvorm: Restitutie
art.8.1	Als volgens de lijst van aanspraken toestemming vooraf dient te worden gevraagd, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor vergoeding van de betreffende zorg bij de zorgverzekeraar te worden aangevraagd. Dit dient op een zodanig tijdstip te gebeuren, dat de zorgverzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zondig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking
art.B.12.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene voorwaarden een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
art.B.12.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding
art.B.12.6	Bij het invoeren van zorg in een ander land dan waar de verzekerde woont of werkt heeft de verzekerde voor het invoeren van klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname) als bedoeld in punt 2b en klinische geestelijke gezondheidszorg (opname) als bedoeld in 3c van de Lijst van aanspraken, voorafgaande <u>toestemming van Pro Life nodig</u> , tenzij er sprake is van medisch noodzakelijk zorg die redelijkerwijs die niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.
Naam basisverzekering: Pro Life Basispolis Basic	
polisvorm: Natura	
art.8.1	Als volgens de lijst van aanspraken toestemming vooraf dient te worden gevraagd, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor vergoeding van de betreffende zorg bij de zorgverzekeraar te worden aangevraagd. Dit dient op een zodanig tijdstip te gebeuren, dat de zorgverzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zondig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.
art.B.12.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene voorwaarden van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg invoert van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Eén en ander onverminderd het bepaalde in lid 6.
art.B.12.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
art.B.12.6	<u>Bij het invoeren van zorg in een ander land dan waar de verzekerde woont of werkt heeft de verzekerde voor het invoeren van klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname) als bedoeld in punt 2b en klinische geestelijke gezondheidszorg (opname) als bedoeld in 3c van de Lijst van aanspraken, voorafgaande toestemming van Pro Life nodig</u> , tenzij er sprake is van spoedeisende medisch noodzakelijk zorg die redelijkerwijs die niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland
Verzekeraar: Salland	
Naam basisverzekering: Salland Basisverzekering Nederland	polisvorm: Restitutie
art.18.1	De in Nederland woonachtige verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van de zorg, verleend door een zorgaanbieder buiten Nederland, op dezelfde voorwaarden als die welke gelden indien de zorg is verleend door een in Nederland gevestigde zorgaanbieder.
ART.18.5	Voor vergoeding van de kosten van niet-medisch-noodzakelijke intramurale zorg in een ander land dan het woonland dient de verzekerde vooraf schriftelijke toestemming van Salland te hebben verkregen. Onder medisch noodzakelijke zorg wordt hier verstaan onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
ART.18.7	De verzekerde die overweegt gebruik te maken van zorg in het buitenland, wordt in verband met de

	Ingewikkeldheid van de regelingen over zorg in het buitenland geadviseerd vóóraf contact met Salland op te nemen om duidelijkheid over de vergoedingsmogelijkheden te krijgen.	
Verzekeraar: SIZ		
Naam basisverzekering: SIZ Standaardverzekering 2008, variant natura		polisvorm: Natura
art.9.1	De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op: <ul style="list-style-type: none"> - zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU- socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is; - zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de maatschappij is gecontracteerd; - vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden; - vergoeding van de kosten van onvoorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. 	
art.9.4	<u>In alle gevallen geldt dat bij het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde voorafgaande toestemming van de maatschappij nodig heeft.</u> Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg gepaard gaande met verblijf van ten minste één nacht. Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.	
Verzekeraar: SIZ		
Naam basisverzekering: SIZ Standaardverzekering 2008, variant restitutie		polisvorm: Restitutie
art. 9.1	De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op: <ul style="list-style-type: none"> - zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU- socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is; - vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de maatschappij is gecontracteerd; - vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten 	
art.9.4	<u>In alle gevallen geldt dat bij het invoeren van intramurale zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde voorafgaande toestemming van de maatschappij nodig heeft.</u> Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg gepaard gaande met verblijf van ten minste één nacht. Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.	
Verzekeraar: StadHolland Zorgverzekeraar		
Naam basisverzekering: Basisverzekering		polisvorm: Combinatie
art.11.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft ook aanspraak op zorg door een door Stad Holland Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door Stad Holland Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 19 lid 3 van deze polisvoorwaarden als zou die zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend	
art.11.5	<u>In alle gevallen geldt dat voor het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen zorg gepaard gaand met opname en verblijf, voorafgaande toestemming van Stad Holland Zorgverzekeraar is vereist.</u> Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. Indien sprake is van medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt deze toestemmingseis niet.	
art.11.6	In alle gevallen geldt dat voor het invoeren van extramurale zorg, dat wil zeggen zorg die niet gepaard gaat met verblijf of opname, geen voorafgaande toestemming is vereist.	
art.11.7	In aanvulling op lid 1 geldt, dat indien Stad Holland Zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van extra- of intramurale zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding plaatsvindt tot ten hoogste het op basis van de WMG vastgestelde (maximum)tarief of het in Nederland geldende marktconforme tarief, tenzij Stad Holland Zorgverzekeraar bij haar toestemming de vergoeding hoger vaststelt.	

Verzekeraar: Trias	
Naam basisverzekering: Trias Natura Polis 2008	polisvorm: Natura
art.9.1	De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op zorg die verleend wordt door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland. Indien de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze gelden voor de door de zorgverzekeraar in Nederland gecontracteerde zorgaanbieders. [wel aantal uitzonderingen].
art.9.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
Naam basisverzekering: Trias Restitutie Polis 2008	
art.9.1	De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg die verleend wordt door een zorgaanbieder buiten Nederland. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal: <ul style="list-style-type: none"> • het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief; • indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
art.9.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
Verzekeraar: Univé	
Naam basisverzekering: gewoon ZEKUR polis	polisvorm: Combinatie
art.4	<u>Voor intramurale zorg buiten het land van vestiging voorzover deze geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.</u>
art.4 aanspraak.1	De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op zorg van een door Univé gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg invoert van een niet door Univé gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van de kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgaanbieder of instelling zou zijn verleend.
art.4 aanspraak.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden bestaat, indien Univé vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, aanspraak op vergoeding van kosten van zorg, welke meer kan bedragen dan de in onderdeel 1 aangegeven aanspraak.
Naam basisverzekering: Univé Zorg Geregeld Polis	
art.4	<u>Voor intramurale zorg buiten het land van vestiging voorzover deze geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.</u>
art.4 aanspraak.1	op zorg van een door Univé gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg invoert van een niet door Univé gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van de kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgaanbieder of instelling zou zijn verleend.
art.4 aanspraak.5	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden bestaat, indien Univé vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, aanspraak op vergoeding van kosten van zorg, welke meer kan bedragen dan de in onderdeel 1 aangegeven aanspraak.
Naam basisverzekering: Univé Zorg Vrij Polis	
art.4	<u>Voor intramurale zorg buiten het land van vestiging voorzover deze geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.</u>
art.4 aanspraak.1	De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 2.5 lid 4 van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland
art.4	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan

aanspraak.5	bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding	
Naam basisverzekering: Zorgzaam		
		polisvorm: Natura
art.4.20.1	De verzekerde, die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 4 van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.	
art.4.20.5	In de gevallen bedoeld in 4. 20.1. tot en met 4. 20.4. vindt, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in artikel 4. 20.1. aangegeven vergoeding.	
Naam basisverzekering: Univé Zorg		
Samen Polis		polisvorm: Restitutie
art.4	<u>Voor intramurale zorg buiten het land van vestiging voorzover deze geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.</u>	
art.4	De verzekerde die woont in Nederland, heeft recht op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 2.5 lid 4 van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.	
aanspraak.1		
art.4	In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding	
aanspraak.5		
Verzekeraar: VGZ		
Naam basisverzekering: VGZ		polisvorm: Natura
Zorgverzekering		
art.9.1	De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op: <ul style="list-style-type: none"> - zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU- socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is; - zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar VGZ is gecontracteerd; - vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden; - vergoeding van de kosten van onvoorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, van een niet door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. 	
art.9.4	<u>In alle gevallen geldt dat bij het inroepen van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar VGZ nodig heeft.</u> Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg gepaard gaande met verblijf van ten minste één nacht. Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.	
Naam basisverzekering: VGZ		
Restitutieverzekering		polisvorm: Restitutie
art.9.1	De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op: <ul style="list-style-type: none"> - zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU- socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is; - vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar VGZ is gecontracteerd; - vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. 	
art.9.4	<u>In alle gevallen geldt dat bij het inroepen van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar VGZ nodig heeft.</u> Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg gepaard gaande met verblijf van ten minste één nacht. Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.	
Verzekeraar: Zorg En Zekerheid		
Naam basisverzekering: Zorg Zeker Polis		polisvorm: Combinatie

art.23.1	De verzekerde heeft recht op [...]hulp door een zorginstelling of hulpverlener die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd; vergoeding van kosten van zorg [...]door een niet door Zorg en Zekerheid gecontracteerde hulpverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat in de genoemde artikelen is aangegeven indien hulp binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Voor de vaststelling van de vergoeding geldt het Nederlandse marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening. <u>Voor intramurale zorg buiten het woonland (dat is opnemng of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht) is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid</u> ; verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland.
Naam basisverzekering: Zorg Vrij Polis	
polisvorm: Restitutie	
art.23.1	Wij vergoeden de kosten van: - hulp volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; - vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland)) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening; - vergoeding van de kosten tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief, indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland. Voorwaarden: - <u>voor intramurale zorg buiten het woonland (dat is opname of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht) is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid</u> ;
Verzekeraar: Zorgverzekeraar UMC	
Naam basisverzekering: UMC	
polisvorm: Restitutie	
Zorgverzekering	
art.9.1	De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land heeft naar keuze aanspraak op: - zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is; - vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar UMC is gecontracteerd; - vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door Zorgverzekeraar UMC gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
art.9.4	<u>In alle gevallen geldt dat bij het invoeren van voorzienbare zorg in een ander land dan het woonland de verzekerde, voor het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaande met verblijf, voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar UMC nodig heeft</u> , tenzij er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.
Verzekeraar: VVAA	
Naam basisverzekering: VVAA	
polisvorm: Restitutie	
Zorgverzekering	
art.B.22.1	De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg, als bedoeld in artikel 1 lid 2 van deel B van de polisvoorwaarden, van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
art.B.22.5	In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval kan de verzekerde contact opnemen met de VVAA Zorgassistance voor het regelen van de zorg waarvoor de zorgverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

Bijlage 2: Resultaten vragenlijsten

Vragen dhr. Hamilton:

Van: Griffier Eerste Kamer

Verzonden: maandag 23 juni 2008 9:21

Aan: 'sandravr@kabelfoon.net'

Onderwerp: Antwoord op e-mail bericht; nogmaals

Geachte mevrouw Van Roermond,

De oorspronkelijk Kamerstukken betreffende de ontwerp-Ziekenfondswet dateren uit het parlementaire jaar 1961/1962, nrs. 6808. De memorie van toelichting is te vinden onder nr. 3. De oorspronkelijke Zfw zoals aanvaard door het parlement, is te vinden in Stb. 1964, 392. Art. 9, vierde lid, luidde in de oorspronkelijke wet: 'Een ziekenfonds kan aan een verzekerde toestemming verlenen zich voor het geldend maken van zijn recht op een verstrekking te wenden tot een andere persoon of instelling dan bedoeld in het tweede lid, indien zulks voor zijn geneeskundige verzorging nodig is.' Artikel 9 is in de loop van de tijd enige malen gewijzigd. In de losbladige uitgave Kluwer's Sociale Verzekeringswetten vindt u onder artikel 9 een overzicht van de wijzigingen die zich hebben voorgedaan. De laatste wijzigingen zijn beïnvloed door de fameuze Europese arresten (Decker, Kohl enz) die een einde maakten aan de mogelijkheid wat betreft het toestemmingsvereiste voor extramurale zorg in de sociale verzekeringswetgeving een onderscheid te maken tussen zorg in eigen land en zorg in een andere EU-lidstaat. Zie de Wet van 9 december 2004, Stb. 2005, 27 en de ministeriële regeling ter uitvoering van art. 9, vierde lid, van 16 augustus 2005, Stcrt. 2005, 163.

De huidige Zorgverzekeringwet maakt geen enkel onderscheid meer tussen het betrekken van zorg in eigen land of in een ander land. Voor wat betreft de naturapolissen is slechts relevant of de zorgaanbieder een contract heeft met de zorgverzekeraar. Ook in restitutiepolissen kan het vereiste van een overeenkomst gesteld worden. In de parlementaire stukken is te vinden dat de wetgever bij het omschrijven van de aanspraken is uitgegaan van een functiegerichte omschrijving. Deze omschrijving houdt in dat alleen nog maar bij wettelijk voorschrift geregeld is wat er onder de aanspraken valt (de inhoud en omvang van de zorg) en wanneer (de indicatiegebieden) er aanspraak bestaat. Wie de zorg verleent en waar die wordt verleend, is in het gekozen functiegerichte systeem een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Hij kan daarover afspraken met de verzekerde maken in de zorgovereenkomst. Dit geldt ook voor de procedurele voorwaarden, zoals toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten. Als u wilt weten hoe de verzekeraars zijn omgegaan met het toestemmingsvereiste in relatie tot zorgaanbieders in andere EU-lidstaten, zult u de polisvoorwaarden moeten raadplegen. De wetgever heeft zich daar niet meer mee willen bemoeien. Bij hun polisbeleid zullen de verzekeraars rekening moeten houden met het Europees recht, in het bijzonder het mededingingsrecht. Ik moet u adviseren om voor de achtergronden van de Zvw de parlementaire geschiedenis en de (juridische) literatuur te bestuderen. De zoekwoorden 'grensoverschrijdende zorg' op google helpen u al aardig op weg. Ik wens u alle succes met uw scriptie.

Met vriendelijke groet,

Geert Jan Hamilton

Van: Sandra van Roermund [mailto:sandravr@kabelfoon.net]

Verzonden: dinsdag 27 mei 2008 11:10

Aan: EK-postbus

Onderwerp: t.a.v. mr. G.J.A. Hamilton

Geachte heer Hamilton,

Mijn naam is Sandra van Roermund en ik ben derdejaars student Gezondheidswetenschappen aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Op het moment ben ik bezig met mijn bachelor scriptie en dat is ook de reden dat ik u e-mail. Mijn scriptie gaat namelijk over toestemmingsbeleid van zorgverzekeraars bij grensoverschrijdende zorg, maar dan wel alleen voor zorg waarvoor men speciaal naar het buitenland toe gaat. Ik hoop uiteindelijk inzicht te krijgen in het beleid van verzekeraars ten aanzien van mensen die naar het buitenland willen voor zorg en wel of geen toestemming daarvoor vragen aan de verzekeraar.

Tijdens mijn literatuuronderzoek over dit onderwerp ben ik herhaaldelijk uw naam tegen gekomen bij stukken over de Zorgverzekeringwet en ik heb begrepen dat u een belangrijke rol hebt gespeeld in de totstandkoming van die wet. Ik hoop dan ook dat u mij kunt helpen met het beantwoorden van een aantal vragen over de totstandkoming van de Zorgverzekeringwet ten opzichte van de Ziekenfondswet:

- Weet u welk kamerstuk de eerste versie van de Ziekenfondswet bevat? In latere versies van de Zfw stond in artikel 9 een toestemmingsvereiste geformuleerd, maar volgens mij in de eerste versie niet. Weet u waarom dit is?
- Wat is de gedachtegang geweest achter de huidige formulering van de bepalingen over grensoverschrijdende zorg in de Zorgverzekeringwet? Waarom is er nu geen toestemmingsvereiste voor grensoverschrijdende zorg in de wet te vinden?

Ik hoop dat u bovenstaande kunt/wil beantwoorden. Indien u nog vragen of opmerkingen heeft kunt u mij e-mailen of telefonisch bereiken op onderstaand nummer. Van 30 mei tot 11 juni ben ik onbereikbaar in verband met vakantie.

In afwachting van uw antwoord,

Met vriendelijke groet, Sandra van Roermund

Vragen Univé:

Beste Sandra,

Bijgaand de antwoorden op de vragen voor je scriptie. Mocht je nog aanvullende informatie willen ontvangen of horen dan kan je bellen met Barbara Minnes op 072-5278317.

Met vriendelijke groet,
Sandra de Jong

Geachte mevrouw De Jong,

Vanmiddag hebben wij elkaar telefonisch gesproken waarbij we hebben afgesproken dat ik u de vragen voor mijn bachelorscriptie zou toesturen. Hieronder staan ze opgesomd.

- In de Univé polisvoorwaarden 2008 staat bij de Zorgzaam polis niet dat er toestemming vereist is voor zorg in het buitenland en bij de overige polissen wel, klopt dit? Nee, dit klopt niet. De grote lijn is zo dat voor extramurale zorg (Poliklinisch) geen toestemmingsvereiste geld. Voor grensoverschrijdende intramurale zorg moet altijd vooraf toestemming worden gevraagd.
- Waarom is ervoor gekozen om voor intramurale zorg een toestemmingsvereiste te hanteren, maar bij de Zorgzaam polis niet? Het hangt er vanaf of het gaat om gezinsleden van in het buitenland geplaatste militairen of om grensoverschrijdende zorg van patiënten die in NL wonen en zich bijvoorbeeld in België willen laten behandelen. Bij de geplaatsten zal een toestemmingsvereiste in spoedeisende situaties alleen maar contraproductief werken zodat voor deze groep de zorg in feite net zo toegankelijk is alsof men in NL woont.
- In hoeverre houden jullie bij de beoordeling van toestemmingsaanvragen of het maken van het toestemmingsbeleid rekening met uitspraken van het Europees Hof van Justitie (denk aan Decker en Kohl, Watts)? Hier wordt volledig rekening mee gehouden.
- Hoe vaak komt het voor dat verzekerden om toestemming voor een behandeling in het buitenland vragen? In 2007 ongeveer 800
- Wat zijn de geschatte kosten van planbare behandelingen in het buitenland voor Univé? Geen idee. Kosten zijn afhankelijk van het aanvraag aanbod.
- Bestaat er een protocol of iets dergelijks voor de behandeling van toestemmingsaanvragen? Geen protocol, maar een aanvraag moet in iedergeval een medische indicatie en verwijzing bevatten. Zou ik dit kunnen krijgen?
- Wat voor eisen worden er aan de verzekerde/situatie van de verzekerde gesteld bij de beoordeling van de toestemmingsaanvraag? een aanvraag maakt alleen kans van slagen als het handelt om doelmatige bruikbare zorg. Verder wordt stringent de hand gehouden aan vergoeding tot maximaal NL tarief. Op basis waarvan krijgt een verzekerde toestemming, kortom waaraan moet de verzekerde voldoen? Zie vorige.
- Kunnen verzekerden zelf ergens vinden waar ze aan moeten voldoen om voor toestemming in aanmerking te komen? Nee, en dat is ook niet zinnig omdat de praktijk leert dat elke zaak een individuele aanpak eist. Zo ja: waar?
- In hoeveel procent van de gevallen dat er om toestemming gevraagd wordt, wordt deze ook daadwerkelijk verleend? Schatting: tussen de 80 en 90 %
- Wat gebeurt er als een verzekerde zonder toestemming gevraagd te hebben naar het buitenland is gegaan voor een behandeling, en na terugkeer in het woonland om vergoeding van de kosten van de behandeling vraagt? Worden de kosten dan toch nog geheel vergoed? Couancehalve wordt dan weleens de buitenlandse nota langs de meetlat van het Nederlands tarief gelegd en zo een oplossing gevonden.

Ik hoop dat de vragen voldoende duidelijk zijn. Indien u nadere toelichting bij de vragen wilt kunt u mij e-mailen of telefonisch bereiken op onderstaand nummer. Ik hoop dat er iemand is die mij te woord wil staan. Deze week ben ik tot en met donderdag nog telefonisch te bereiken, daarna pas weer vanaf 11 juni in verband met vakantie. Alvast bedankt voor uw hulp.

In afwachting van uw antwoord,

Met vriendelijke groet,
Sandra van Roermund
06-29414932

Vragen Menzis

from (van)Sandra van Roermund <sjvanroermund@gmail.com>
aanSchotsman Johan <schotsman.j@menzis.nl>

datum21 mei 2008 14:24
subject (onderwerp)scriptie grensoverschrijdende zorg
verzonden doorgmail.com

details verbergen 21 mei. Beantwoorden

Geachte heer Schotsman,

Zojuist hebben wij elkaar telefonisch gesproken waarin u antwoord heeft gegeven op mijn vragen over het beleid van Menzis ten aanzien van grensoverschrijdende zorg. Hieronder staat kort weergegeven wat we besproken hebben en wat dus de resultaten zijn die ik in mijn bachelorscriptie zal/kan verwerken.

-Verzekerden van Menzis hebben alleen toestemming nodig voor intramurale zorg in het buitenland. U heeft aangegeven dat dit voortkomt uit de Zorgverzekeringswet en de Regeling Zorgverzekering en dat de polisvoorwaarden dus vanuit de wet ontstaan zijn;

-De geschatte kosten van planbare zorg in het buitenland in 2006 liggen rond 3 à 4 miljoen euro voor Menzis;

-Er is bij Menzis een protocol aan de hand waarvan met toestemmingsaanvragen gewerkt wordt;

-U heeft aangegeven dat de term 'toestemming' misschien niet de juiste is. U gaf aan dat Menzis in de gaten houdt dat de kosten de pan niet uit rijzen, maar dat verzekerden niet per se formeel om toestemming hoeven te vragen. In de basis zorgverzekering geldt werelddekking, dus iedereen mag naar het buitenland voor gezondheidszorg en heeft recht op vergoeding achteraf. Deze vergoeding zal dan wel maximaal 100% van het Nederlandse tarief zijn. Ook als er wel toestemming is gevraagd zal de vergoeding maximaal het Nederlandse tarief zijn, tenzij de wachtlijsten in Nederland te hoog zijn en een verzekerde via een zorgmakelaar naar het buitenland verwezen wordt;

-Soms wordt niet-gebruikelijke zorg niet vergoedt, om de verzekerde te beschermen. Zorg kan niet geweigerd worden, maar als een verzekerde in het buitenland gebruik wil maken van niet-gebruikelijke zorg draagt deze zelf de financiële gevolgen daarvan. Indien de genoten zorg in het verblijf-land wel gebruikelijk is wordt het soms wel vergoedt;

-Verzekerden kunnen waarschijnlijk op de website van Menzis meer informatie vinden over zorg in het buitenland en kunnen ook de helpdesk bellen;

-U heeft aangegeven dat er bij het beleid over grensoverschrijdende zorg rekening gehouden wordt met uitspraken van het Europees Hof van Justitie. Menzis is een uitvoeringsorgaan van de overheid en wordt onder andere getoetst door de NZa.

Indien u nog op- of aanmerkingen heeft over bovenstaande gegevens hoor ik dat graag.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Sandra van Roermund

Vragenlijst OHRA bachelor scriptie Grensoverschrijdende zorg.

1. *In de polisvoorwaarden 2008 van de OHRA zorgverzekering staat in artikel 12 dat een verzekerde die in Nederland woont recht heeft op vergoeding van kosten van zorg in het buitenland volgens Nederlandse tarieven. Vergoeding kan hoger worden indien OHRA toestemming gegeven heeft. Eveneens staat er dat er voor intramurale behandelingen voorafgaande toestemming van OHRA is vereist.*
Volgens bovenstaande informatie hoeft dus alleen voor intramurale zorg toestemming gevraagd te worden. Geldt dit voor zowel voorziene als onvoorziene zorg?
A: Voor acute zorg geldt geen toestemmingsvereiste
2. *Waarom is ervoor gekozen om voor intramurale zorg een toestemmingsvereiste te hanteren?*
A: De belangrijkste reden is om verzekerde bewust te maken van het feit dat de kosten van de behandeling die boven de Nederlandse kosten uitgaan voor eigen rekening komen.
3. *Er staan twee bepalingen in over toestemming: dat een verzekerde hogere vergoeding kan krijgen indien hij toestemming heeft, en dat toestemming noodzakelijk is voor intramurale zorg. Betekent dit dat de eerste bepaling op extramurale zorg slaat?*
A: Nee; dat heeft betrekking op intramurale zorg
4. *In hoeverre houden jullie bij de beoordeling van toestemmingsaanvragen of het maken van het toestemmingsbeleid rekening met uitspraken van het Europees Hof van Justitie (denk aan Decker en Kohl, Watts)? Wordt jullie beleid hierop aangepast indien er wijzigingen vanuit het Hof komen?*
A: Dit behoort voor ons tot de categorie wettelijke randvoorwaarden waar we altijd rekening mee houden.
5. *Hoe vaak komt het voor dat verzekerden om toestemming voor een intramurale behandeling in het buitenland vragen?*
A: We krijgen gemiddeld 5 aanvragen per dag.
6. *Hoe vaak komt het voor dat verzekerden om toestemming voor extramurale zorg in het buitenland vragen?*
A: Zelden want dat hoeft dus ook niet
7. *Wat zijn de geschatte kosten van voorziene behandelingen in het buitenland voor OHRA?*
A: Er kan geen onderscheid gemaakt worden in kosten buitenland voorzien en acuut. De totale buitenland ziekenhuiskosten bedragen minder dan 1% van de kosten en ruim 1,5 % van de ziekenhuiskosten.
8. *Wat gebeurt er als een verzekerde zonder toestemming gevraagd te hebben naar het buitenland is gegaan voor een behandeling, en na terugkeer in het woonland om vergoeding van de kosten van de behandeling vraagt? Worden de kosten dan toch nog deels of geheel vergoed?*
A: Ja, als er behandeling ondergaan is die onder de vergoedingsregeling van de Zvw valt. De kosten zullen tot 100% worden vergoed van wat de behandeling in Nederland zou kosten.
9. *Bestaat er een protocol of iets dergelijks voor de behandeling van toestemmingsaanvragen? Zou ik dit kunnen krijgen?*
A: Er bestaat geen protocol.
10. *Wat voor eisen worden er aan de verzekerde/situatie van de verzekerde gesteld bij de beoordeling van de toestemmingsaanvraag? Op basis waarvan krijgt een verzekerde toestemming, kortom waaraan moet de verzekerde voldoen?*
A: Er moet sprake zijn van een behandeling die opgenomen is in de vergoedingsregeling Zvq. De kosten worden tot 100% van het Nederlandse tarief vergoed. In voorkomende gevallen kunnen ook hogere kosten voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling in Nederland niet wordt aangeboden maar wel als gangbare, effectieve zorg wordt beschouwd of als er bijvoorbeeld hele lange wachtlijsten bestaan in Nederland. Als verzekerde een behandeling ondergaat waar in Nederland een eigen bijdrage verschuldigd is, is die eigen bijdrage ook van toepassing in het buitenland.
11. *Kunnen verzekerden zelf ergens vinden waar ze aan moeten voldoen om voor toestemming in aanmerking te komen? Zo ja: waar?*
A: Nee, dat moet van geval tot geval worden bekeken.
12. *In hoeveel procent van de gevallen dat er om toestemming gevraagd wordt, wordt deze ook daadwerkelijk verleend?*
A: Dus in bijna 100% van de gevallen onder de restrictie dat de meerkosten voor eigen rekening komen behoudens eventuele onder vraag 10 genoemde situaties.

Vragenlijst Fortis bachelor scriptie Grensoverschrijdende zorg.

1. *In de polisvoorwaarden 2008 van de Fortis basisverzekeringen staat in de artikelen betreffende zorg in het buitenland dat er voor intramurale zorg toestemming vereist is van Fortis, tenzij het onvoorziene spoedeisende zorg betreft. Volgens bovenstaande informatie hoeft dus alleen voor voorziene intramurale zorg toestemming gevraagd te worden, klopt dit?*
Ja, dit klopt. Dit wordt ook wel planbare-, uitstelbare of niet-spoedeisende zorg genoemd.
2. *Waarom is ervoor gekozen om voor voorziene intramurale zorg een toestemmingsvereiste te hanteren?*
Dit komt voort uit de wet- en regelgeving van de Zorgverzekeringswet. Tevens voorkomt dit het voorkomen experimentele zorg.
3. *Is jullie beleid over het toestemmingsvereiste bij de invoering van de Zorgverzekeringswet verandert ten opzichte van de Ziekenfondswet, of is jullie beleid het zelfde gebleven?*
Fortis Ziektekostenverzekeringen N.V. was voor het inwerking treden van de zorgverzekeringswet een particuliere ziektekostenverzekeraar. Als particuliere ziektekostenverzekeraar had Fortis veel minder te maken met wet- en regelgeving.
4. *In hoeverre houden jullie bij de beoordeling van toestemmingsaanvragen of het maken van het toestemmingsbeleid rekening met uitspraken van het Europees Hof van Justitie (denk aan Decker en Kohl, Watts)? Wordt jullie beleid hierop aangepast?*
Ja, voor de basisverzekering geldt dat wij te maken hebben met zowel Nederlandse- als EU wetgeving.
5. *Hoe vaak komt het voor dat verzekerden om toestemming voor een behandeling in het buitenland vragen?*
Dat kunnen we helaas niet aangeven. Wat we wel zien is een stijging t.o.v. voorgaande jaren.
6. *Wat zijn de geschatte kosten van voorziene behandelingen in het buitenland voor Fortis?*
Helaas is het niet mogelijk om hier een inschatting van te geven.
7. *Wat gebeurt er als een verzekerde zonder toestemming gevraagd te hebben naar het buitenland is gegaan voor een behandeling, en na terugkeer in het woonland om vergoeding van de kosten van de behandeling vraagt? Worden de kosten dan toch nog deels of geheel vergoed?*
Wanneer dit gebeurt krijgt verzekerde alsnog de kosten vergoed. Tenminste, als de behandeling ook in Nederland vergoed wordt. Wij hebben dan een verwijzing nodig van de behandelend arts. De vergoeding bedraagt 100% van het Nederlandse tarief. Wanneer het gaat om experimentele zorg dan wordt er niets uitbetaald.
8. *Bestaat er een protocol of iets dergelijks voor de behandeling van toestemmingsaanvragen?*
Ja, wij hebben intern een protocol waarvoor de basisverzekering in acht wordt genomen. Maar daarnaast moeten wij wel weten of het gaat om verzekerde en doelmatige zorg. En mag een aanvraag niet bijvoorbeeld niet al eerder door het College Voor Zorgverzekeringswet (zijn afgewezen).
9. *Wat voor eisen worden er aan de verzekerde/situatie van de verzekerde gesteld bij de beoordeling van de toestemmingsaanvraag? Op basis waarvan krijgt een verzekerde toestemming, kortom waaraan moet de verzekerde voldoen?*
Er moet een verwijzing zijn van de behandelend arts in Nederland en er moet informatie worden gegeven over de behandeling in het buitenland. Er moet immers een DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) vastgesteld kunnen worden.
10. *Kunnen verzekerden zelf ergens vinden waar ze aan moeten voldoen om voor toestemming in aanmerking te komen? Zo ja: waar?*
Nee.
11. *In hoeveel procent van de gevallen dat er om toestemming gevraagd wordt, wordt deze ook daadwerkelijk verleend?*
Wij kunnen niet aangeven hoeveel, maar het merendeel van de aanvragen wordt gehonoreerd.
12. *Wat gebeurt er als een verzekerde zonder toestemming gevraagd te hebben naar het buitenland is gegaan voor een behandeling, en na terugkeer in het woonland om vergoeding van de kosten van de behandeling vraagt? Worden de kosten dan toch nog deels of geheel vergoed?*
Ja, dan wordt er achteraf beoordeeld of de kosten vergoed mogen worden. Zie antwoord vraag 7.

Vragenlijst Azivo bachelor scriptie Grensoverschrijdende zorg.

1. *In de polisvoorwaarden 2008 van de Azivo Basisverzekering staat in artikel 31 dat een verzekerde die in Nederland woont recht heeft op vergoeding van kosten van zorg in het buitenland volgens Nederlandse tarieven. Eveneens staat er dat er voor intramurale behandelingen voorafgaande toestemming van Azivo is vereist. Volgens bovenstaande informatie hoeft dus alleen voor intramurale zorg toestemming gevraagd te worden. Geldt dit voor zowel voorziene als onvoorziene zorg?*
In artikel 31 lid 5 is aangegeven dat voorafgaande toestemming is vereist bij intramurale zorg. Indien er sprake is van medisch noodzakelijke zorg (onvoorziene zorg, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) is er geen voorafgaande toestemming nodig.
2. *Waarom is ervoor gekozen om voor intramurale zorg een toestemmingsvereiste te hanteren?*
o.a. ter voorkoming van teleurstelling bij verzekerden indien behandelingen in het buitenland worden ondergaan die niet in het pakket van de basis verzekering zitten, zodat daarmee de kosten van de behandeling voor eigen rekening zouden komen. Ook kan het zijn dat in het buitenland anders wordt omgegaan met de beoordeling van doelmatigheid en noodzakelijkheid (afwijkend behandelbeleid).
3. *In hoeverre houden jullie bij de beoordeling van toestemmingsaanvragen of het maken van het toestemmingsbeleid rekening met uitspraken van het Europees Hof van Justitie (denk aan Decker en Kohl, Watts)? Wordt jullie beleid hierop aangepast? uiteraard*
4. *Hoe vaak komt het voor dat verzekerden om toestemming voor een behandeling in het buitenland vragen? Sinds de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 zien wij een toename van het aantal verzoeken voor toestemming voor behandeling in het buitenland.*
5. *Wat zijn de geschatte kosten van voorziene behandelingen in het buitenland voor Azivo? Deze bedrijfsgegevens worden niet verstrekt.*
6. *Wat gebeurt er als een verzekerde zonder toestemming gevraagd te hebben naar het buitenland is gegaan voor een behandeling, en na terugkeer in het woonland om vergoeding van de kosten van de behandeling vraagt? Worden de kosten dan toch nog deels of geheel vergoed? In principe niet*
7. *Bestaat er een protocol of iets dergelijks voor de behandeling van toestemmingsaanvragen? Zou ik dit kunnen krijgen? Een dergelijk protocol bestaat maar wordt niet extern verspreid.*
8. *Wat voor eisen worden er aan de verzekerde/situatie van de verzekerde gesteld bij de beoordeling van de toestemmingsaanvraag? Op basis waarvan krijgt een verzekerde toestemming, kortom waaraan moet de verzekerde voldoen?*
Er is aanspraak op zorg als de zorg tot de stand der wetenschap en praktijk behoort, dan wel in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (artikel 2 lid 6). Daarnaast moet er een medische noodzaak zijn en moet de zorg doelmatig zijn (artikel 2 lid 7). Vervolgens moet aan de polisvoorwaarden worden voldaan, om de genoten zorg te kunnen vergoeden. Het maakt dus niet uit of een verzekerde zijn zorgverlener zoekt in Nederland of in het buitenland, als hij maar 'gebruikelijke zorg' inroept, er een medische noodzaak hiertoe bestaat, de zorg doelmatig is, en aan de polisvoorwaarden voor de betreffende vorm van zorg is voldaan.
9. *Kunnen verzekerden zelf ergens vinden waar ze aan moeten voldoen om voor toestemming in aanmerking te komen? Zo ja: waar?* In de verzekeringpolis. Dit is de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en verzekerde. Daarin staan alle voorwaarden voor alle vormen van zorg die tot het basispakket behoren.
10. *In hoeveel procent van de gevallen dat er om toestemming gevraagd wordt, wordt deze ook daadwerkelijk verleend?* Deze statistieken houden wij vooralsnog niet bij. Geschat wordt dat er de meerderheid van de gevallen de toestemming daadwerkelijk wordt verleend.

Bijlage 3: Vijf categorieën voor de vormgeving van het vereiste

Categorie 1: Geen toestemming nodig, (zonder toestemming) geen volledige vergoeding

De Goudse ZorgPolis Natura 2008, De Goudse Zorg Polis Restitutie 2008, Trias Natura Polis 2008, Trias Restitutie Polis 2008, ONVZ Vrije Keuze ZorgPlan, VVAA Zorgverzekering, Avéro Achmea Zorgplan, Avéro Achmea Keuze ZorgPlan, CZ Zorgopmaatpolis, CZ ZorgKeuzePolis, PNO Basisverzekering, Univé Zorgzaam, DVZ Principepolis, Groene Land Achmea Beter Af Polis, Interpolis Beter Af polis, OZF Zorgpolis, PWZ Beter Af polis, Zilveren Kruis Achmea Beter Af Polis, FBTO Internetaanzorgverzekering, Aegon Zorgverzekering

Categorie 2: Toestemming vereist, vergoeding mogelijk hoger indien toestemming verkregen

De Amerfoortse Basisverzekering Optimaal, De Amersfoortse Basisverzekering Uitgebreid, Delta Lloyd Zorgverzekering, Fortis ASR Ziektenkostenverzekering, Fortis ASR Ziektenkostenverzekering Mix, Pro Life Basispolis, Univé Zorg Vrij Polis, Univé Zorgsamen Polis

Categorie 3: Toestemming vereist, vergoeding bij niet-gecontracteerde aanbieder lager

Ander Zorg Basis, Confior Zorgplan Polis, Confior ZorgFlexibelPolis, IZA Zorgverzekering, IZZ Basisverzekering, Menzis ZorgVerzorgd, Menzis ZorgZó, Salland Basisverzekering, Zorgverzekeraars UMC Zorgverzekering, SIZ Standaardverzekering variant Natura + Variant Restitutie, Stad Holland Zorgverzekeraar Basisverzekering, VGZ Zorgverzekering, VGZ Restitutieverzekering, Zorg en Zekerheid Zorg Zeker polis, Zorg en Zekerheid Zorg Vrij Polis,

Categorie 4: Toestemming vereist, vergoeding niet-gecontracteerd lager, maar kan hoger worden indien toestemming is verkregen

DSW Basisverzekering, Lancyr Zorg Beter Actief Polis, OHRA Zorgverzekering, Pro Life Basispolis Basic, Univé Zekur, Univé Zorg Geregeld

Categorie 5: Toestemming vereist, verzekerde heeft recht op bemiddeling indien zorg niet tijdig geleverd kan worden, geen volledige vergoeding bij niet-gecontracteerde aanbieder

Agis Basispolis, Agis Basispolis Basic, Azivo Basisverzekering, AZVZ Zorgverzekering, De Friesland Basisverzekering Noord, De Friesland Basisverzekering Zuid, IZZ Basispakket