

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V te Zeist
Zaak	: Zwitserland, geneeskundige zorg, stand wetenschap en praktijk, laparoscopie, second opinion
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 20 Verordening (EG) 883/2004, Verdrag EU-Zwitserse Bondstaat
Zaaknummer	: 202101809
Zittingsdatum	: 20 april 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 13 september 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 13 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 december 2021 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is diezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 17 januari 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021049583) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 18 januari 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren.
De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 24 januari 2022 gereageerd en verzoekster bij brief van 9 februari 2022. Afschriften van deze reacties zijn aan de respectieve wederpartij en aan het Zorginstituut gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 23 maart 2022 heeft het Zorginstituut een tweede voorlopig advies aan de commissie uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 24 maart 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 april 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 29 april 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 3 mei 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 13 mei 2022 gereageerd. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Tand en Tand ongeval (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. De huisarts heeft ten behoeve van verzoekster op 4 december 2020 een verwijsbrief opgesteld voor een second opinion. De inhoud van deze brief luidt, voor zover hier relevant:

"(...) Our patiënt asks for a second opinion for reasons of chronic lower abdominal pain. In October 2020 a diagnostic laparoscopy showed no signs of endometriosis. Faeces calprotectin is normal (...)"

3.3. Verzoekster heeft zich voor de second opinion gewend tot het Possover International Medical Centre te Zürich, Zwitserland. De behandelend medisch specialist aldaar heeft bij brief van 10 december 2020 over verzoekster verklaard, voor zover hier relevant:

"(...) Subjective

26yo women, HRT > 10years, last Qlaira LZZ since 4 years. Sec Diag. Laparoskopie 10/2020 - MRI normal. Gastro OB. Urinary pain/urgency. Genital pain. The pain is constant even during the night. Tendenz to a Tredenlenburg gait. 2018 the patiënt started to develop a sharp (shooting) sciatic pain on both sides VAS 5/10, up to 10/10 (especially during the mens bleeding). Weakness in both legs.

Objective

Abdomen,inguinal and renal areas: inconspicuous.

Renal-Sonography: Inconspicuous.

Neurological examination: No sensoric or motor dysfunction of the sacral or lumbal nerves. No foot drop, no Tredenlenburg gait. Distal reflexes: inconspicuous. No troubles of motion in the lower limb, the ankle or the toes.

Anal sphincter tonus: normal.

Vaginal examination: not any deeply infiltrating endometriosis of the vesical floor, the rectovaginal space, but induration of the proximal parametria left. The palpation of the pudendal nerves are inconspicuous. In contrary, the palpation of the sacral plexus is very painfull left>right.

Ultrasonic testing: Postmicturition no residual. No particular pathology of the uterus or of the annexes. Enlarged dorsal and lateral sacral veins.

Urodynamic with Urethraprofil & pelvic-floor-EMG: Significant hypersensitivity with urgency starting by about 170 ml. No bladder overactivity.

Analysis: High suspiscion of a DIE of the left sacrouterine ligament. Sacral radiculopathy both sides by suspiscion of a vascular entrapment (no clear arguments for an endometriosis of the sciatic nerve). A pudendal neuralgy can definitively been excluded

Procedures:

I need an acces to the MRI pictures (May-Thmer-Syndrome, pathologies of the sacral nerves root, hypertrophy of the pyriformis muscle), and then decision for the next step. (...)"

3.4. De kosten van de second opinion (CHF 1.800,-) heeft verzoekster op 20 december 2020 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd met het daarvoor bestemde formulier.

3.5. Op 21 december 2020 heeft verzoekster per e-mail bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een laparoscopie voor het verhelpen van de beknelling van de plexus sacralis zenuwen in de onderbuik, als gevolg van verwijde aders en een eventuele verwijdering van diep geïnfilteerde endometriose aan het linker ligament van de baarmoeder, te ondergaan in het Possover International Medical Centre te Zürich, Zwitserland.

3.6. Bij brief van 21 december 2020 heeft de behandelend arts te Zürich over verzoekster verklaard, voor zover hier relevant:

"(...) Laparoscopic bilateral exploration/decompression sacral plexus, suspicionvascular entrapment. ICD Code M54.17.

(...)

Prof. [naam] saw [verzoekster] on 10.12.2020 in his neurpelveology consultation. You will find the analysis of this appointment below:

Analysis: High suspicion of a DIE of the left sacrouterine ligament. Sacralradiculopathy both sides by suspicion of a vascular entrapment (no clear arguments for an endometriosis of the sciatic nerve). Apudendal neuralgy can definitively be excluded

Procedure

I need an access to the MRI pictures (May-Thurner-Syndrome, pathologies of the sacral nervesroot, hypertrophyofthe piriformis muscle), and then decision for the next step.

Prof. Possover has been granted access to the MRI images, where the above listed pathologies could be excluded. The images show big diameter vessels that definitely speak for a vascular entrapment and therefore confirm the diagnosis. For that reason, we schedule to perform a bilateral laparoscopic exploration/decompression of the sacral plexus (and endometriosis excision if applicable) at the Clinic Pyramid at the Lake, Zürich. The patiënt stays in the stationary ward during three days. After that, we recommend her to stay in Switzerland 2-3 more days before being able to travel back home. The post surgical follow up is done remotely with the help of a post surgery feedback that the patiënt sends us every 4 weeks for evaluation through Prof. [naam].

[Verzoekster] would like to schedule the surgery in January and we stay at her disposal for the organization of the hospital stay. (...)"

3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 januari 2021 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag wordt afgewezen en dat de kosten van de second opinion op 10 december 2020 niet worden vergoed.

3.8. Verzoekster heeft de gevraagde ingreep ondergaan op 25 januari 2021.

3.9. De behandelend arts heeft bij brief van 26 januari 2021 over verzoekster verklaard:

"(...) Medical report of the hospitalization of [verzoekster] in our Department from 25.01.2021 to 27.01.2021.

Diagnosis: Retrocervical DIE, bilateral sacral radiculopathy by vascular entrapment, dolico colon.

Operation on the 25.01.2021: Kyleena. Diag/OP laparoscopy, DIE-resection. Exploration/decompression sacral plexus on both sides. Rectosigmoidopexy.

The intervention was without complications. Postoperatively, the patiënt reported a relative hypoesthesia in the area of the NP left, which is due to the intervention (neurapraxia). We were

able to calm her down in this respect, because such symptoms are regressive within a few weeks/ months, as no nerves were injured during the intervention. To date we have not yet started any Lyrica therapy; we will stay in contact with the patiënt and if necessary, we will start in a few days or weeks. For this purpose, we have handed out our "Post-OP Pain Form" to the patiënt: the patiënt will send us a monthly feedback about the pain evolution. After presentation of your VAS/Lyrica curves to Prof. [naam], he will make a recommendation if necessary, which will be communicated by mail. After a clinically inconspicuous final examination, we were able to release the patiënt for home care. We will gladly send the patiënt back to your care. We have advised the patiënt to take care of herself physically. We ask for the usual check-ups. A leaflet on post-operative behavioural measures was handed out to the patiënt and explained. (...)"

3.10. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 28 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij deze handhaaft.

3.11. Bij brief van 17 januari 2022 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) Laparoscopie bij verdenking op vasculaire entrapment van de plexus sacralis (beknelling van de plexus sacralis zenuwen in de onderbuik door verwijde vaten) voldoet volgens verweerder niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een verwijdering van diep geïnfiltreerde endometriose zou alleen worden uitgevoerd als die gevonden zou worden. Vergoeding voor de second opinion is afgewezen omdat verzoekster niet met de bevindingen terug is gegaan naar de eerste behandelaar. Hierbij spelen geen inhoudelijke argumenten.

Op basis van het dossier lijkt verweerder terecht uit te gaan van vasculair entrapment als primaire indicatie voor de gevraagde laparoscopische exploratie/decompressie. Als onderbouwing voor het standpunt dat een vermoeden van vasculair entrapment niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk geeft verweerder (toelichting 7 januari 2021) aan dat er op Pubmed 1 artikel van de behandelend specialist (Gynaecoloog Possover M.) in Zwitserland is en dat dit onvoldoende bewijs is. Verweerder geeft niet aan welk artikel dit betreft en hoe (bijvoorbeeld met welke zoekstrategie) dit gevonden is. Om het standpunt van verweerder aangaande de stand van de wetenschap en praktijk te kunnen beoordelen is meer onderbouwing nodig.

Conclusie

Het Zorginstituut kan niet beoordelen of vasculair entrapment bij laparoscopie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Nader onderzoek

Wat is de onderbouwing van verweerder voor het standpunt dat laparoscopie bij verdenking op vasculaire entrapment van de plexus sacralis (beknelling van de plexus sacralis zenuwen in de onderbuik door verwijde vaten) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk? (...)"

3.12. Bij voorlopig advies van 23 maart 2022 heeft het Zorginstituut verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Om te zien of verweerder eventueel relevante artikelen gemist heeft, werd een search in PubMed (14 februari 2022) gedaan. De vraag is of (laparoscopische) chirurgische decompressie effectief is als behandeling van entrapment van de plexus sacralis door vaatstructuren in vergelijking met niet-chirurgische behandeling.

Gezocht werd met zoektermen ((hand assisted laparoscopy surgery[MeSH Terms]) AND (entrapment neuropathies[MeSH Terms])) AND (intrapelvic). Dit leverde geen resultaten op, maar bij zoeken op vrije termen 'laparoscopie surgery AND entrapment neuropathy AND sacral plexus' [AH Fields] komen 32 hits boven waarvan 5 mogelijk relevant, waaronder door verweerder genoemd artikel. Ook dit betreft echter niet-vergelijkende studies of studies met een ander onderzoeksdoel dan werkzaamheid/effectiviteit van de behandeling.

Lemos 2021: Retrospectieve niet-vergelijkende studie waarbij laparoscopische decompressie werd uitgevoerd bij 63 patiënten met pijnklachten waarvoor de diagnose 'intrapelvic nerve entrapment (INE) werd gesteld. Bij 38% werd als oorzaak neurovasculair entrapment gevonden. Na de ingreep namen de pijnklachten in de gehele patiëntengroep af na een jaar, maar er werd niet apart gerapporteerd over de groep met vasculair entrapment. Uit de studie blijkt dat de behandeling met complicaties gepaard kan gaan. Bij 20% van de patiënten trad een perioperatieve complicatie op en bij respectievelijk 57% en 23% postdecompressie neuralgie en neurologische (motorische) uitval.

Kale 2019: case report

Possover 2015: Prospectieve niet-vergelijkende studie bij 97 patiënten met neuropathische pijn in het bekken door neurovasculaire entrapment waarbij laparoscopische exploratie en decompressie werden uitgevoerd. Doel van de studie was om locaties van vasculair entrapment te inventariseren. De studie rapporteert weliswaar afname van pijnklachten bij het merendeel van de patiënten maar geeft nauwelijks informatie over de baselinekenmerken van patiënten en resultaten na de ingreep.

Lemos 2016: Aan de hand van 2 cases wordt de anatomie van de lumbosacrale plexus en de laparoscopische techniek voor decompressie beschreven. Er zijn geen studies verricht van voldoende methodologische kwaliteit. Op basis van de gevonden literatuur kan daarom niet worden geconcludeerd dat chirurgische decompressie bij verdenking op vasculaire entrapment van de plexus sacralis effectief is.

Bij navraag geeft de NVOG (Nederlandse vereniging voor obstetrie en gynaecologie) aan dat bij gynaecologen in Nederland nauwelijks ervaring is met de interventie - indicatie combinatie in geschil.

Conclusie

Het Zorginstituut kan zich vinden in de conclusie van verweerder dat (laparoscopische) chirurgische decompressie bij verdenking op vasculaire entrapment van de plexus sacralis (beknelling van de plexus sacralis zenuwen in de onderbuik door verwijde vaten) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. (...)"

3.13. Bij definitief advies van 29 april 2022 heeft het Zorginstituut verklaard:

"(...) Definitief advies

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

Vraag SKGZ

U hebt het Zorginstituut daarnaast gevraagd om aandacht te besteden aan het volgende:

"De commissie vraagt uw aandacht voor het feit dat partijen van mening verschillen over het antwoord op de vraag welke (medische) diagnose aanleiding gaf voor de onderhavige ingreep. Indien en voor zover dit invloed heeft op de beoordeling van het geschil vraag ik u hierop in te gaan in het definitief advies."

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kon worden geconcludeerd dat de indicatie voor de ingreep 'verdenking op vasculaire entrapment van de plexus sacralis (beknelling van de plexus sacralis zenuwen in de onderbuik door verwijde vaten)' was. In het advies is ook uitgelegd waarom wij vinden dat verweerder terecht is uitgegaan van vasculair entrapment als primaire indicatie voor de gevraagde laparoscopische exploratie/decompressie. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan haar de kosten van de second opinion op 10 december 2020 te vergoeden;

(ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan haar de kosten van de ingreep die zij op 25 januari 2021 heeft ondergaan en de hiermee samenhangende kosten te vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneeskundige zorg en de stand van de wetenschap en praktijk zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder is het relevante artikel uit Verordening (EG) 883/2004 opgenomen. Tot slot zijn de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden hierin aangehaald. De bijlage maakt deel uit van dit bindend advies.

6.2. Verzoekster is naar Zwitserland afgereisd om daar een second opinion en een operatieve ingreep te ondergaan. Zwitserland is geen lidstaat van de EU, maar tussen de EU en de Zwitserse Bondsstaat is een verdrag gesloten over de toepassing van Vo. nr. 883/2004. Artikel 20 van genoemde verordening ziet op planbare zorg. Op grond van deze bepaling heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg op grond van de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat - of in dit geval Zwitserland -, mits deze zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Voorafgaand aan de zorg dient de verzekerde hiervoor toestemming te hebben gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. Als deze toestemming niet wordt gevraagd blijft de verordening, behoudens bijzondere omstandigheden, buiten toepassing. Dit laatste volgt uit de arresten Stamatalaki en Elchinov van het Europese Hof van Justitie.

6.3. De commissie overweegt dat niet is gebleken dat verzoekster, voorafgaand aan de second opinion op 10 december 2020, hiervoor toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Voorts is niet gebleken van bijzondere omstandigheden waardoor deze toestemming niet kon worden gevraagd. Dit betekent dat de verordening voor dit onderdeel van het verzoek buiten toepassing blijft en dat uitsluitend op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering moet worden beoordeeld of aanspraak bestaat op vergoeding. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een second opinion en blijft daarom voor dit onderdeel van het verzoek verder buiten beschouwing.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor de second opinion die verzoekster heeft ondergaan, omdat deze gericht was op en gevolgd is door een behandeling die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat niet is gebleken dat verzoekster zich met de bevindingen van de medisch specialist te Zürich heeft gewend tot de behandelend arts in Nederland om deze te bespreken, terwijl dit wel een vereiste is. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op artikel B.28 van de verzekeringsvoorwaarden.
- 6.5. De commissie overweegt dat kenmerkend voor een second opinion is dat de patiënt, aan de hand van de plaatsgevonden diagnostiek, een tweede arts om diens deskundige mening vraagt. Vervolgens dient met de bevindingen van deze tweede arts te worden teruggedaan naar de eerste arts. Voornoemd artikel B.28 is hiermee in lijn. In de situatie van verzoekster geldt dat zij op 4 december 2020 door de huisarts is verwezen voor een second opinion om de diagnose te laten toetsen die was gesteld voor haar chronische buikpijnklachten. De second opinion heeft op 10 december 2020 plaatsgevonden in het Possover International Medical Centre te Zwitserland. Uit het huisartsenjournaal, dat door verzoekster is overgelegd, blijkt dat de uitkomsten van de second opinion op 18 januari 2021 met de huisarts zijn besproken. Daaruit volgt dat is voldaan aan de vereisten om aanspraak te maken op vergoeding van een second opinion op grond van de zorgverzekering. Dat verzoekster vervolgens heeft besloten een behandeling in Zwitserland te ondergaan en of deze behandeling al dan niet onder de dekking van de zorgverzekering valt, doet aan het voorgaande niets af. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar alsnog is gehouden de kosten van de second opinion te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 6.6. Waar het de operatieve ingreep van 25 januari 2021 betreft, geldt dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar voorafgaand hieraan om toestemming heeft gevraagd, en wel op 21 december 2020. De ziektekostenverzekeraar heeft hier afwijzend op beslist, stellende dat de ingreep niet onder de dekking van de zorgverzekering valt, omdat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en omdat verzoekster niet beschikt over een gerichte verwijzing voor deze behandeling. Zoals onder 6.2. is overwogen, is voor de toepassing van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 vereist dat de zorg tot het verzekerde pakket van de bevoegde lidstaat behoort. Met de verordening is namelijk geen uitbreiding van de verzekerde prestaties beoogd.
- 6.7. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt en de gemotiveerde betwisting hiervan door verzoekster, moet de commissie beoordelen of (laparoscopische) chirurgische decompressie bij verdenking op vasculaire entrapment van de plexus sacralis (beknelling van de plexus sacralis zenuwen in de onderbuik door verwijde vaten), voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt bij haar beoordeling tot uitgangspunt het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469.
- 6.8. Met de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.9. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies, dat de commissie overigens niet bindt, behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten ‘evidence based medicine’ het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling

als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

- 6.10. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de bij verzoekster uitgevoerde ingreep. Het advies van 23 maart 2022 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut heeft een literatuursearch uitgevoerd, en komt op basis hiervan tot de conclusie dat (laparoscopische) chirurgische decompressie bij verdenking op vasculaire entrapment van de plexus sacralis (beknelling van de plexus sacralis zenuwen in de onderbuik door verwijde vaten) niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en daarmee niet kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft, daarnaar door de commissie gevraagd, in zijn advies van 29 april 2022 overwogen dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat de indicatie voor de ingreep 'verdenking op vasculaire entrapment van de plexus sacralis (beknelling van de plexus sacralis zenuwen in de onderbuik door verwijde vaten)' was en dat verweerder terecht is uitgegaan van vasculaire entrapment als primaire indicatie. Verzoekster heeft het advies van het Zorginstituut betwist en in dit verband aangevoerd dat de onderhavige ingreep primair is uitgevoerd vanwege een verdenking van diep geïnfiltreerde endometriose en dat het Zorginstituut hieraan ten onrechte voorbij gaat. In dit verband verwijst zij naar de brieven van de behandelend arts van 10 december 2020, 21 december 2020 en 26 januari 2021.

De commissie kan verzoekster volgen in haar stelling dat de mogelijkheid van diep geïnfiltreerde endometriose door de behandelend arts in Zwitserland werd opengehouden, maar dit was niet de primaire indicatie voor de ingreep, zoals blijkt uit de opmerking "and endometriosis excision if applicable". Het staat vast dat de onderhavige behandeling bij de gestelde primaire indicatie - te weten het verhelpen van de vasculaire entrapment - niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarom niet kan worden aangemerkt als een verzekerde prestatie. Die conclusie wordt niet anders indien tijdens de ingreep blijkt dat het vermoeden van het bestaan van een andere indicatie - "if applicable" - bewaarheid wordt. Dit betekent dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht werd geweigerd en dat ook op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de onderhavige ingreep en het hiermee samenhangende verblijf.

- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de second opinion, die op 10 december 2020 heeft plaatsgevonden in het Possover International Medical Centre te Zwitserland, dient te vergoeden ten laste van de zorgverzekering;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster dient te voldoen;
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 30 juni 2022

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

- is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

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

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*

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

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b. het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c. de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d. interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde ‘standpunten’);
- e. het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel A.1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van “voorwaardelijke toelating” voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar [Artikel 2.1 Regeling zorgverzekering](#).

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (zbc), dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de zbc verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een zbc alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of zbc's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de [Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl](http://Zorgzoeker.opzorgzoeker.fbto.nl) of neem contact met ons op.

Omzetplafonds

1. Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners.
Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
2. Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.
3. Via de [Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl](http://Zorgzoeker.opzorgzoeker.fbto.nl) kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
4. Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgverkenner te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2020, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2020 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2020. Houdt u hier rekening mee.

Let op! Heeft u een restitutiepolis? Dan hebben omzetplafonds geen gevolgen voor uw recht op vergoeding. Wel kan het bijvoorbeeld zo zijn dat u nota's in het vervolg zelf moet indienen.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke tarieven er gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

Let op! dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende module.

In artikel C.2.1 leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende module geldt.

4.3.1 Naturapolis (FBTO Zorg basisverzekering naturapolis)

Heeft u een naturapolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet gecontracteerde zorgverleners, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

4.3.2 Voor deze zorg kunt u ook bij niet gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit artikel A.4.3.1 niet. Het gaat om:

- a. spoedeisende zorg;
- b. verloskunde;
- c. behandelingen die vallen onder 'overige zorgproducten', zoals kaakchirurgie, laboratoriumonderzoek of röntgenfoto's;
- d. behandelingen waarvoor u door uw behandeld specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
- e. zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- f. behandelingen die vallen onder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
- g. vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m f, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel A.15.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

Let op! Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis FBTO afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

4.3.3 Restitutiepolis (FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis)

Heeft u een restitutiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel A.15.

Een lijst met de indicatieve hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u bij ons opvragen.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, óf

14.3.2

Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3

U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1

Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- a. zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- b. vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
- c. vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland die een samenwerkingsverband heeft met een zorginstelling in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- d. vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- a. de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- b. het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);

c. het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

A.16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

A.17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1

Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeval of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel A.17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

specialistische zorg. Geriatrische revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionele beperkingen. Het doel van de revalidatie is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

Op hoeveel dagen geriatrische revalidatie heeft u recht

U heeft recht op geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 180 dagen. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan (uw zorgverlener vraagt hiervoor toestemming bij ons aan).

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

1. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatie zorg.
2. De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een medisch specialist.
3. Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze situatie wordt de herstelgerichte behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.
4. Er is ook recht op geriatrische revalidatiezorg, als u niet in een ziekenhuis verbleef. Namelijk als u een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapt.
5. De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf in een ziekenhuis of zorginstelling als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.28 Second opinion

Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

Voorwaarden voor het recht op een second opinion

1. De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
3. De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.
4. Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.
5. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel B.18, B.30 en B.31 staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of verpleegkundig kinderzorghuis.

3. Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
4. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

- a. wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket thuis, modulair-pakket thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;
- b. wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven. Dit wordt betaald vanuit de Wmo;
- c. wanneer u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg nodig heeft. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.31 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a. een ziekenhuis;
- b. een zelfstandig behandelcentrum of
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via www.agbcode.nl.

De zorg bestaat uit:

- a. medisch-specialistische zorg;
- b. uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH-arts, arts-assistent, klinisch fysicus audioloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), de optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg of een andere medisch specialist.
2. Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
3. Naar een longarts mag u ook zijn doorverwezen door een GGD-arts als het gaat om een verdenking van TBC.
4. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
5. Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
6. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op! In de volgende artikelen van 'B: Verzekerde zorg basisverzekeringen' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel B. 9 Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
- Artikel B. 14 Audiologisch centrum
- Artikel B. 18 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
- Artikel B. 21 Astmacentrum in Davos
- Artikel B. 22 Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
- Artikel B. 23 Mechanische beademing
- Artikel B. 24 Thuisdialyse
- Artikel B. 25 Transplantaties van organen en weefsels
- Artikel B. 26 Plastische chirurgie
- Artikel B. 27 Revalidatie
- Artikel B. 32 Bevalling en verloskundige zorg
- Artikel B. 33 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
- Artikel B. 35 Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel B. 42 Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b. behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c. behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d. behandelingen met sterilisatie als doel;
- e. behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f. behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel B.17 en B.18 over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandigbehandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- c. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.