

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400070

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 5 juli 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 juli 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekering zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 11 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 september 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 28 oktober 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024036841) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 29 oktober 2024 aan partijen gezonden.
- 1.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 december 2024, naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut, aan de commissie meegedeeld dat aan verzoeker een aanvullende vergoeding wordt verleend van € 652,20. Een kopie van deze brief is op 5 december 2024 aan verzoeker gestuurd, waarbij hem is gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Verzoeker heeft op 6 december 2024 aan de commissie meegedeeld dat het geschil niet is opgelost.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 27 december 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 28 oktober 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 6 januari 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Zorgverzekering Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Zorg in het buitenland (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen Tand (250) en Zorg & Herstel zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker verbleef in 2022 in Thailand. Aldaar is hij behandeld in het ziekenhuis. De kosten hiervan heeft hij na terugkomst in Nederland ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. De huisarts heeft verzoeker bij brief van 14 oktober 2022 verwezen naar het Phuket Hospital. Hij heeft hierbij het volgende over verzoeker verklaard:

"I hereby refer the above patient to you for the following:

Request for a colonoscopy and gastroscopy.

Mr. is concerned about pathology in the intestines and stomach region.

Feeling that stools come out less and less well.

Feeling that something is pressing and blocking in the rectum, as if it had a clot[h] in it.

Mr. has small portions of stool several times a day. He has blood or mucus in stool.

In addition, he is less fit and easily nauseous.

T[h]ere are symptoms of reflux after eating.

Drinks a lot of alcohol every day: at least 7 units per day.

Dependence and helps him in his hypersensitivity to environment and others."

- 2.4. De huisarts heeft verzoeker bij brief van 20 oktober 2022 nogmaals verwezen naar het Phuket Hospital. Hij heeft hierbij het volgende over verzoeker verklaard:

"I hereby refer the above patient to you for the following:

Request for a colonoscopy and gastroscopy.

Mr. is concerned about pathology in the intestines and stomach region.

Feeling that stools come out less and less well.

Mr. has small portions of stool several times a day. He has blood or mucus in stool.

In addition, he is less fit and easily nauseous.

T[h]ere are symptoms of reflux after eating."

- 2.5. Bij brief van 22 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de gedeclareerde nota's niet volledig worden vergoed.
- 2.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar tweemaal om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 25 januari 2023 en 16 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.7. Bij brief van 28 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.8. Bij brief van 6 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. **Standpunt verzoeker**

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van zijn behandeling in 2022 in Thailand alsnog volledig moet vergoeden.

- 3.2. Verzoeker verbleef in 2022 enige tijd in Thailand. Tijdens zijn verblijf aldaar heeft hij medische zorg genoten. Na terugkomst in Nederland heeft hij de nota's hiervan ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- In het verzoek om heroverweging van 16 september 2023 schrijft verzoeker dat hij de ziektekostenverzekeraar destijds telefonisch om toestemming voor de betreffende zorg heeft gevraagd. Hij merkt hierbij op dat deze zorg al door de huisarts was goedgekeurd. Verzoeker had last van bloed in zijn ontlasting en het weer omhoog komen van voedsel (reflux). De ziektekostenverzekeraar vertelde verzoeker echter dat hij nog 20 dagen moest wachten op een beslissing.
- Daarnaast beklaagt verzoeker zich erover dat de ziektekostenverzekeraar de nota's niet heeft opgesplitst in verschillende segmenten, zoals geneesmiddelen, behandelingskosten, biopsie en laboratorium.
- In het klachtenformulier van 4 januari 2024 benadrukt verzoeker dat de situatie spoedeisend was, omdat hij meermaals bloed in zijn ontlasting had en zich dus ernstige zorgen maakte.
- In het e-mailbericht van 28 maart 2024 licht verzoeker toe dat hij in Nederland al klachten had, te weten een opgeblazen gevoel, reflux en problemen met de stoelgang. Er was geen sprake van spoed, hoewel hij een wachttijd van 9 weken wel wat lang vond. Kort na aankomst in Thailand had hij echter veel bloed in zijn ontlasting, en dus was er toen een spoedeisende reden voor de zorg.
- In zijn e-mailbericht van 5 juli 2024, gericht aan de commissie, benadrukt verzoeker dat de situatie na aankomst in Thailand was geëscaleerd. Hij kon daarom niet 20 dagen wachten op een beslissing zoals hem door de ziektekostenverzekeraar was meegedeeld. In overleg met zijn huisarts is besloten om zelf onmiddellijk actie te ondernemen. Verzoeker vindt het belachelijk dat hij in deze omstandigheden slechts 40% van de kosten vergoed krijgt.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker herhaald dat destijds sprake was van een spoedeisende situatie. Hij had al eerder klachten, maar toen was geen sprake van bloed in de ontlasting. Zijn huisarts heeft hem geadviseerd de beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet af te wachten, maar naar een ziekenhuis te gaan. Bovendien heeft de huisarts hem een verwijzing gegeven. Verzoeker merkt op dat hij destijds foto's had gemaakt en deze naar zijn huisarts heeft gemaaild. Mede aan de hand van deze foto's is de huisarts tot zijn advies gekomen.
- Anders dan door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, is volgens verzoeker tijdens het eerder genoemde telefoongesprek niet gesproken over planbare zorg.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij aan verzoeker reeds de maximale vergoeding heeft verleend. In de heroverweging van 25 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de kosten van zorg in het buitenland worden vergoed aan de hand van de tarieven die in Nederland gangbaar zijn. Verder heeft hij toegelicht dat medisch noodzakelijke zorg benodigde zorg is, die niet kan worden uitgesteld. Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. Of dit aan de orde is, wordt bepaald door de medisch adviseurs van ziektekostenverzekeraar en/of de medisch adviseurs van de alarmcentrale.
- 4.2. In de brief van 15 maart 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij voor de vaststelling van de vergoeding is uitgegaan van het volgende. Voor het eerste consult op 27 oktober 2022 is DOT 15C585 toegepast: *1 of 2 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand bij een ziekte van het spijsverteringsstelsel*. De kosten van dit consult, € 65,18, zijn volledig betaald. Voor de behandeling en dagopname op 28 oktober 2022 is DOT 15C581 toegepast: *onderzoek of behandeling van het maagdarmkanaal bij een ziekte van het spijsverteringsstelsel*. Hiervoor geldt een vergoeding van € 1.269,90. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoeker op grond van de verzekeringsvoorwaarden aanspraak heeft op vergoeding van het marktconforme tarief. Voor de zorgvuldigheid heeft de ziektekostenverzekeraar navraag gedaan bij de Nederlandse Zorgautoriteit. Hieruit is gebleken dat het hoogst gedeclareerde tarief, dat is meegenomen in de gemiddelde verkoopprijs voor

2022 voor DBC-zorgproduct 119499074, € 1.094,26 bedraagt. Het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde tarief is dus gunstiger voor verzoeker. Ten aanzien van de geneesmiddelen merkt de ziektekostenverzekeraar op dat Controloc® (pantoprazol) alleen wordt vergoed als sprake is van een chronische indicatie. Ganaton® (itopride) en SucRATE® gel (sucralfaat) zijn niet opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingensysteem, en komen dus niet voor vergoeding in aanmerking. Er bestaat alleen aanspraak op het geneesmiddel metoclopramide. De kosten hiervan van € 12,38 worden door de ziektekostenverzekeraar nabetaald. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor verdere vergoeding. Deze verzekering biedt namelijk alleen dekking als sprake is van spoedzorg. Dit is bij verzoeker niet van toepassing, omdat het geplande zorg betreft.

- 4.3. In de brief van 11 september 2024 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling nog het volgende aangevoerd. De declaratie van verzoeker (€ 2.467,47) is bijna het dubbele van het hoogst gedeclareerde tarief dat is meegenomen in de gemiddelde verkoopprijs 2022 voor DBC-zorgproduct 119499074 (€ 1.094,26) en ligt € 1.197,57 boven het tarief dat volgens de ziektekostenverzekeraar nog marktconform is (€ 1.269,90). Anders gezegd, van het verschil tussen het in Thailand gedeclareerde tarief en het marktconforme tarief kan in Nederland de behandeling worden verricht. Voor dit grote verschil in tarief bestaat geen rechtvaardiging. Het tarief is niet marktconform. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoeker op 26 oktober 2022 telefonisch aan hem heeft gevraagd of planbare zorg in het buitenland wordt vergoed. Hierop is geantwoord dat hiervoor vooraf toestemming moet worden gevraagd. Achteraf heeft de ziektekostenverzekeraar vastgesteld dat dit antwoord niet correct is, omdat in de verzekeringsvoorwaarden geen toestemmingsvereiste is opgenomen. Dit maakt voor de beoordeling van het geschil echter niet uit, omdat verzoeker de toestemming niet heeft afgewacht en de behandeling in Thailand heeft ondergaan. Uit de telefoonnotitie blijkt dat verzoeker voor de volgende dag al een afspraak had staan in het Thaise ziekenhuis. Verzoeker heeft op 27 oktober 2022 via Skype contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, en hij vertelde dat hij de volgende dag al kon worden geholpen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bevestigd dat de aanvraag was ontvangen, maar dat het nog 20 werkdagen kon duren voordat deze was beoordeeld. Verzoeker is hierbij gewezen op het financiële risico van het ondergaan van de behandeling zonder de beslissing op de aanvraag af te wachten. Tijdens de gesprekken heeft verzoeker geen blijk gegeven van een noodzaak tot direct medisch ingrijpen of van spoed of escalatie. Als sprake was geweest van spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland, was verzoeker naar de alarmcentrale verwezen.
- De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat niet is aangetoond dat sprake was van spoedeisende zorg op 27 en 28 oktober 2022. Het staat vast dat verzoeker voor zijn vertrek naar Thailand reeds kampte met buikklachten. De eerste verwijzing van de huisarts gericht aan het Phuket Hospital dateert van 14 oktober 2022. Daarin worden klachten zoals bloed en slijm in de ontlasting al beschreven.
- Ten aanzien van de wachttijd in Nederland merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de huisarts bij spoed contact had kunnen opnemen met de MDL-arts om de zaak te bespreken. Als de MDL-arts daartoe aanleiding zag, had verzoeker geen 9 weken hoeven wachten, maar had hij gebruik kunnen maken van een spoedplek. Daarnaast had verzoeker contact kunnen opnemen met de afdeling zorgbemiddeling van de ziektekostenverzekeraar om eerder een plek te vinden voor planbare zorg.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 december 2024 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar kan zich vinden in de conclusie van het Zorginstituut dat het DBC-zorgproduct 119499073 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde maag- en darmonderzoeken met biopsie in Thailand. Na toepassing van dit zorgproduct met declaratiecode 15C580 heeft verzoeker recht op een nabetaling van € 652,60. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bedrag uitgekeerd aan verzoeker en hem hierover geïnformeerd.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat tijdens de telefoongesprekken van 26 en 27 oktober 2022 niet is gebleken dat sprake was van spoed. In het geval van spoedeisendheid had verzoeker contact moeten opnemen met de alarmcentrale, Eurocross. De

ziekttekostenverzekeraar licht toe dat het bij spoedzorg gaat om klachten die plotseling opkomen. In dit geval heeft de huisarts al op 14 oktober 2022 verklaard dat er klachten waren. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat zorg in het buitenland niet altijd volledig wordt vergoed. De vergoeding is altijd gebaseerd op de DBC-codes. Daarnaast door de commissie gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij ervan uitgaat dat bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding, die is berekend naar aanleiding van de door het Zorginstituut genoemde DBC, navraag is gedaan bij de NZa. De betrokken afdeling hanteert namelijk deze werkwijze.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 28 oktober 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch, farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

Geneesmiddelen

Controloc® (pantoprazol) is een maagzuurremmer. Pantoprazol is opgenomen in het GVS. Maagzuurremmers staan op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering en komen onder voorwaarden voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Maagzuurremmers worden uitsluitend vergoed voor een verzekerde die blijkens het voorschrift langer dan zes maanden aaneengesloten op het geneesmiddel is aangewezen en voor wie het geneesmiddel is voorgeschreven ter behandeling van een chronische aandoening, tenzij het betreft een voor de verzekerde nieuwe medicatie. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier blijkt niet dat verzoeker aan deze voorwaarden voldoet.

Ganaton® (itopride) is niet opgenomen in het GVS. Ganaton® komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

SucRATE® gel is niet opgenomen in het GVS. Sucralfaat, de werkzame stof van SucRATE® gel, is wel opgenomen in het GVS. Sucralfaat is in Nederland beschikbaar als suspensie, granulaat of tablet. SucRATE® gel wordt daarentegen aangeduid als een gel. Uit het dossier is onduidelijk via welke toedieningsweg SucRATE® gel is toegediend. De hulpstoffen van SucRATE® gel en sucralfaat suspensie zijn daarnaast verschillend. Nu SucRATE® gel en sucralfaat suspensie niet dezelfde farmaceutische vorm hebben, komt SucRATE® gel niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

DBC-zorgproduct

Daarnaast merkt het Zorginstituut, op verzoek van de SKGZ, het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding van de maag- en darmonderzoeken met biopsie.

Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

De SKGZ vraagt of het door verweerder gekozen DBC-zorgproduct 119499074 (declaratiecode 15C581) juist is. Het Zorginstituut merkt op dat naast de coloscopie met biopsie, waarop het voornoemde DBC-zorgproduct gebaseerd is, volgens de declaraties in het aangeleverde dossier ook een gastroscopie met biopsie is verricht.

Het Zorginstituut heeft bepaald wat het meest passende DBC-zorgproduct is bij de behandeling van verzoeker. De gegevens zijn als volgt:

- Geldigheidsperiode: 2022
- Specialisme: 0318 Gastro-enterologie (maag-darm-lever-arts)
- Diagnose: 0318.203 Bloedverlies tr digestivus eci
- Leeftijd: 44, Geslacht: Man
- Zorgactiviteiten:
 - 190090 Dagverpleging, 1x;

- 034686 Diagnostische endoscopie van het colon met behulp van flexibele endoscoop, eventueel inclusief bipten, poliepectomie of colonmanometrie;
- 034620 Diagnostische endoscopie van oesofagus, maag en/of duodenum met behulp van flexibele endoscoop, eventueel inclusief bipten of antroduodenale manometrie.

Dit leidt tot DBC-zorgproduct 119499073, met declaratiecode 15C580.

De omschrijvingen zijn:

- Omschrijving (be)handeling: Ov aandoeningen spijsverteringsst |GE activiteiten eenvoudig >1 | Spijsvertering overig.
- Omschrijving consument: Meer dan 1 onderzoek of behandeling van het maagdarmkanaal bij een ziekte van het spijsverteringsstelsel.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van Controloc®. Controloc® komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking. Ook Ganaton® en SucRATE® gel komen niet voor vergoeding in aanmerking, aangezien deze geneesmiddelen niet zijn opgenomen in het GVS. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan daarnaast geconcludeerd worden dat DBC-zorgproduct 119499073 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde maag- en darmonderzoeken met biopsie in Thailand."

- 5.2. In het definitief advies van 6 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit het verslag en 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. Ook hetgeen het Zorginstituut heeft aangegeven met betrekking tot het meest passende DBC-zorgproduct blijft ongewijzigd."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is volgens de inleiding van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 7.2. De commissie overweegt dat tussen Thailand en Nederland geen verdrag bestaat inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat de aanspraak op vergoeding dient te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Op grond van artikel A.15 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg, ook als deze in het buitenland (artikel 9) wordt genoten. In artikel

B.28 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat indien medisch specialistische zorg wordt verleend door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, de vergoeding lager kan zijn. Hiervoor wordt verwezen naar artikel A.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. In artikel A.4.3.3 is bepaald dat zorg, verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener, wordt vergoed tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of bij het ontbreken van een dergelijk tarief, tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

- 7.3. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose BehandelCombinatie (DBC). Deze regeling is op 1 januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de opname verstrekte geneesmiddelen. Het is om die reden niet mogelijk om, zoals door verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar is verzocht, de nota van het ziekenhuis in verschillende delen op te splitsen. De geneesmiddelen die in het kader van de behandeling door een verzekerde worden afgenomen bij de apotheek - dat wil zeggen:extramuraal - vallen niet onder de DBC en worden op grond van de aanspraak op geneesmiddelen beoordeeld.
- 7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van het eerste consult op 27 oktober 2022 volledig vergoed. Hierover bestaat tussen partijen dus geen geschil. De kosten van de behandeling en dagopname op 28 oktober 2022 zijn niet volledig vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie geoordeeld dat hiervoor DBC-zorgproduct 119499074 het meest passend is. De vergoeding hiervoor bedraagt € 1.269,90, aldus de ziektekostenverzekeraar. Na verrekening met het nog openstaande eigen risico van 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 1.094,26 aan verzoeker vergoed.
Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 28 oktober 2024 geconcludeerd dat DBC-zorgproduct 119499073, met declaratiecode 15C580, het meest passend is. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 december 2024 aan de commissie meegedeeld dat hij zich kan vinden in voornoemde conclusie van het Zorginstituut. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een nabetaling gedaan van € 652,60.
De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar - gemotiveerd - heeft gesteld dat aan verzoeker inmiddels de vergoeding is verleend waarop hij op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft. Verzoeker heeft in het laatstgenoemde door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC-zorgproduct en/of het daaraan gekoppelde tarief niet gemotiveerd bestreden. De commissie gaat daarom ervan uit dat het gehanteerde DBC-zorgproduct en de vergoeding correct zijn.
- 7.5. Artikel B.4 van de zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van geneesmiddelen. In dit artikel is onder meer bepaald dat het moet gaan om bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die zijn opgenomen in het GVS (Geneesmiddelen Vergoedingssysteem). Verzoeker heeft vergoeding gevraagd voor de in Thailand aan hem geleverde geneesmiddelen Controloc® 40 mg tablet (pantoprazol), Ganaton® 50 mg tablet (itopride), SucRATE® gel 1 gram/5 ml sachet (sucralfaat) en Metoclor® 10 mg/2 ml inj (metoclopramide). De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van het geneesmiddel Metoclor® lopende de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen alsnog aan verzoeker vergoed.
Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 28 oktober 2024 aan de commissie, zoals is vermeld in 5.1, geconcludeerd dat verzoeker geen aanspraak heeft op de geneesmiddelen Controloc®, Ganaton®, en SucRATE®. De commissie neemt die conclusie over.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.6. In artikel J.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland geregeld. Partijen verschillen van mening over het antwoord op de vraag of in de onderhavige situatie sprake was van spoedeisende dan wel planbare zorg. In de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, die volgens de inleiding van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing zijn op die verzekering, is in de

begripsbepalingen een aantal begrippen gedefinieerd. Hierin is 'spoedeisende zorg' als volgt omschreven: "Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. Of hiervan sprake is wordt bepaald door de medisch adviseurs van FBTO en/of de medisch adviseurs van FBTO Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross."

De commissie overweegt dat is gebleken het de ziektekostenverzekeraar destijds niet of in ieder geval onvoldoende duidelijk is geworden dat sprake zou zijn van een spoedeisende situatie. De door verzoeker gestelde spoedeisendheid blijkt niet uit de gespreksnotities noch uit de verwijzingen van de huisarts. De verwijzingen van de huisarts dateren voorts van 14 oktober en 20 oktober 2022, beide gericht aan het Phuket Hospital, terwijl het eerste consult in het ziekenhuis pas plaatsvond op 27 oktober 2022. Ook heeft verzoeker geen contact opgenomen met de alarmcentrale, zodat deze de gestelde spoedeisendheid niet heeft kunnen beoordelen. Verzoeker heeft ter zitting opgemerkt dat hij destijds foto's naar zijn huisarts heeft gemaild, en dat de huisarts op grond daarvan heeft beoordeeld dat hij naar een lokaal ziekenhuis moest gaan voor behandeling. De betreffende foto's bevinden zich echter niet in het dossier, zodat deze niet bij de beoordeling van het geschil kunnen worden betrokken. De commissie concludeert dat geen sprake was van spoedeisende zorg zoals bedoeld in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, althans dat dit niet is komen vast te staan. Daarom heeft verzoeker geen aanspraak op een (aanvullende) vergoeding ten laste van deze verzekering.

- 7.7. Artikel 3.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van geneesmiddelen tot maximaal € 50,-. Hierbij geldt echter wel de voorwaarde dat het moet gaan om spoedeisende medische zorg in het buitenland. Zoals in 7.6 is vastgesteld was in de situatie van verzoeker geen sprake van spoedeisende medische zorg zoals bedoeld in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Om die reden heeft verzoeker geen aanspraak op verdere vergoeding van de door hem gedeclareerde geneesmiddelen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.8. Aangezien de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut zijn eerdere standpunt heeft bijgesteld, en een hogere vergoeding heeft toegekend voor de behandeling en dagopname op 28 oktober 2022, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,- aan hem moet vergoeden.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af. Daarnaast beslist de commissie dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 28 januari 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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

15.1 Zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat

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 ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- c. vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het door ons gecontracteerde tarief in de situatie dat een gecontracteerd ziekenhuis of ZBC in het buitenland een diagnostisch deel van de gecontracteerde behandeling laat uitvoeren door een andere zorgverlener waar het gecontracteerde ziekenhuis of ZBC een samenwerkingsverband mee heeft;
- 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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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 U moet ons inlichtingen verstrekken

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 ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel [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.

A.18 Heeft u een klacht?

18.1 U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Centrale Klachtencoördinatie

Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, telefonisch of via onze website.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

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. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf

1. Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet u of uw zorgverlener gebruik maken van het formulier “Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders” welke te vinden is op onze website.
2. Bij de aanvraag voor de toestemming moet u of uw zorgverlener de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. In deze verwijzing moet de zorgvraag en relevante co-morbiditeit vermeld worden. Uit de onderbouwing moet blijken of om het ELV-laag, - hoog of -palliatief gaat. Tevens moet in de verwijzing worden onderbouwd dat u naar verwachting na de opname weer terug naar de thuissituatie kunt. Dit laatste geldt niet bij palliatief terminale zorg. Als wij de aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en uw zorgverlener ontvangen van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
3. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.28 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 agbcode.nl.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

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 technoloog, 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), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg, GGD-arts (bij TBC of SOA) of een andere medisch specialist.
2. Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien of door een klinisch fysicus audioloog.
3. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
4. 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.
5. 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.8](#) Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie
- Artikel [B.13](#) Audiologisch centrum
- Artikel [B.15](#) Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder
- Artikel [B.19](#) Erfelijksonderzoek en - advisering
- Artikel [B.20](#) Mechanische beademing
- Artikel [B.21](#) Thuisdialyse
- Artikel [B.22](#) Transplantatie van organen en weefsels
- Artikel [B.23](#) Plastische chirurgie
- Artikel [B.24](#) Revalidatie
- Artikel [B.30](#) Bevalling en verloskundige zorg
- Artikel [B.31](#) In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie
- Artikel [B.33](#) Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel [B.40](#) Trombosedienst

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

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.15](#).

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 zelfstandig behandelcentrum 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. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

B.29 Overnachting in nabijheid ziekenhuis bij CAR-T celtherapie

Ondergaat u CAR T-celtherapie en kunt u niet binnen 60 minuten in het expertziekenhuis zijn waar u behandeld wordt? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van overnachting in de buurt van het expertziekenhuis. U krijgt hiervoor een vergoeding van maximaal € 77,50 per nacht.

Voorwaarde voor vergoeding

Ondergaat u CAR T-celtherapie en kunt u niet binnen 60 minuten in het expertziekenhuis zijn waar u behandeld wordt? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van overnachting in de buurt van het expertziekenhuis tijdens de derde en vierde week na uw behandeling. In de eerste en tweede week na de behandeling verblijft u in het expertziekenhuis.

Hoe declareer ik mijn nota's?

U kunt de nota's van uw overnachtingskosten bij ons indienen. Gebruik hiervoor het declaratieformulier op onze website.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

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

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

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.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de FBTO Zorgverzekering Basis Plus? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in “natura”). Heeft u de FBTO Zorgverzekering Basis Vrij? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.4 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a. de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- b. advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- a. alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor Geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten; en
- b. de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
- c. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, wanneer het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - geneesmiddelen die volgens artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet; en
- d. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Wettelijke eigen bijdrage

Kost een geneesmiddel meer dan de vergoedingslimiet die in het GVS is opgenomen? Dan betaalt u deze kosten (bovenlimietprijs) zelf. Deze wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen is gemaximeerd tot € 250,- per persoon per jaar. Bent u niet een heel kalenderjaar verzekerd bij ons? Dan berekenen wij de maximale wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar bij ons verzekerd bent.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen als “preferent”. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

1. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
2. Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Voor de levering van dieetpreparaten contracteren wij medische speciaalzaken. Een apotheek mag de dieetpreparaten ook leveren, maar dan is de vergoeding conform de polisvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg. Meer hierover leest u in [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)
3. Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen of, bij een apotheker met een IDEA-contract, het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Is er geen geneesmiddel aangewezen? Dan heeft u recht op het laagst geprijsde geneesmiddel. Uw apotheker kan u vertellen welk geneesmiddel het laagst geprijsd is. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen of hoger geprijsd geneesmiddel. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
4. U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
 - a. u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
 - b. u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
 - c. is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: <http://wetten.overheid.nl>; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op vind; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de lijst links onderaan op Bijlage 2;
 - d. als ze zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze bepalingen.

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. U heeft alleen recht op deze deelprestaties als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Let op!

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- a. anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b. geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- c. farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- d. geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- e. geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- f. geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- g. zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- h. alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
 - i. homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
 - j. niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is.U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

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. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

Regiebehandelaar

De zorgverlener die de regie voert over het zorgproces.

Regiebehandelaar gzsp

De regiebehandelaar gzsp (geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen) is een BIG-geregistreeerde functionaris (GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist, gedragswetenschapper, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychiater) die verantwoordelijk is voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Spoedeisende zorg

Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. Of hiervan sprake is wordt bepaald door de medisch adviseurs van FBTO en/of de medisch adviseurs van FBTO Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Tertiaire verwijzing

Een patiënt wordt voor zijn zorgvraag door zijn behandelend medisch specialist doorverwezen naar een andere zorginstelling.

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met u (verzekeringnemer) bedoelen wij degene die de basisverzekering en/of aanvullende module(s) met ons is aangegaan.

Uitsluitingen

Uitsluitingen in de verzekeringsovereenkomst bepalen dat een verzekerde geen aanspraak heeft op of recht heeft op vergoeding van kosten.

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende module(s). Uitzonderingen hierop zijn artikel [A.1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op: lid a-d](#) en artikel [A.4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners](#).

Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende module(s).

Daarnaast zijn er ook artikelen die specifiek voor uw aanvullende module(s) gelden. Hieronder staan die artikelen.

C.1 Hoe sluit u aanvullende modules af?

1.1 Aanvullende module(s) aanzetten

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek aanvullende module(s) aanzetten. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor aanvullende module(s) door deze via onze website aan te klikken. Wij gaan een aanvullende module nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel [6.1](#).

De basisverzekering kunt u aanvullen met de volgende modules:

1. Gezichtsorg & Orthodontie;
2. Spieren & Gewrichten: € 200,- of € 350,-;
3. Tand: € 250,-, of € 500,-, of € 750,-;
4. Tand ongeval;
5. Zorg in het buitenland: Europa of Wereld;
6. Zorg & Herstel.

Naast de bovenstaande modules hebben wij ook nog de module Alternatieve geneeswijzen. U kunt deze module per 1-1-2022 niet meer aanzetten. Had u deze verzekering in 2021 al aangezet? Dan kunt u deze module in 2022 behouden op basis van de voorwaarden van de module zoals ze gelden in 2022. U kunt de vergoedingshoogte van de module niet meer wijzigen. Op uw polisblad kunt u zien of de module aanstaat.

Let op!

De meeste modules kiest u tegelijk met uw basisverzekering.

U kunt deze modules dus niet het hele jaar door aanzetten. Het gaat om:

- Gezichtsorg & Orthodontie;
- Spieren & Gewrichten: € 200,- of € 350,-;
- Tand: € 250,-, of € 500,-, of € 750,-;
- Zorg & Herstel.

Sommige modules kunt u het hele jaar door aanzetten

Deze modules kunt u in 2022 het hele jaar door aanzetten:

- Tand ongeval;
- Zorg in het buitenland: Europa of Wereld.

1.1.1 De module Zorg in het buitenland Europa veranderen naar Wereld

Bij de module Zorg in het buitenland Europa heeft u de mogelijkheid gedurende het jaar deze om te zetten naar Wereld. De keuze van Zorg in het buitenland Wereld naar Europa omzetten, is gedurende het jaar niet mogelijk.

Vergoedingen aanvullende module(s)

J. Module Zorg in het buitenland Wereld

J.1 Waar bestaat de module Zorg in het buitenland Wereld uit?

Zorg in het buitenland (Wereld)	In deze module krijgt u vergoeding voor spoedeisende zorg, persoonlijke hulpverlening en overige zorg.
---------------------------------	--

J.2 Hoe werkt het aan- en uitzetten van de module?

De module Zorg in het buitenland Wereld, kunt u ook later in het jaar aanzetten

De ingangsdatum van de module is de 1e dag van de volgende maand waarop u uw verandering doorgeeft. Na het aanzetten loopt de door u afgesloten module door tot en met 31 december van het lopende kalenderjaar. Tussentijds uitzetten van de module is niet mogelijk.

Het uitzetten van de modules per 31 december moet u zelf regelen

Aan het eind van het lopende kalenderjaar maakt u weer opnieuw een keuze voor het nieuwe kalenderjaar. Via [MijnFBTO](https://mijnfbto.nl) op fbto.nl kunt u uw modules aan- en uitzetten.

J.3 Welke rechten heeft u bij spoedeisende zorg?

3.1 Spoedeisende medische zorg

Verblijft u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op spoedeisende medische zorg. Maar alleen als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten. ‘Spoedeisend’ betekent dat niet bekend was dat medische hulp tijdens het verblijf in het buitenland nodig was. Wij kunnen u vragen om te bewijzen aan onze medisch adviseur dat de medische hulp spoedeisend was.

3.2 Vergoeding kosten spoedeisende medische zorg in het buitenland

Bij spoedeisende medische zorg in het buitenland heeft u of het verzekerd gezinslid recht op vergoeding van:

- kosten van behandeling door een arts;
- kosten van geneesmiddelen tot maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts. De geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek;
- verpleegkosten bij opname in een plaatselijk ziekenhuis. Dit ziekenhuis moet door de overheid zijn erkend. U of een verzekerde overlegt vooraf met de FBTO Alarmcentrale over de opname. Is dit overleg vooraf niet mogelijk? Informeer de FBTO Alarmcentrale dan zo snel mogelijk over de opname. Informeert u de FBTO Alarmcentrale te laat en zijn onze belangen hierdoor geschaad? Dan kunnen wij een deel van de verpleegkosten bij u in rekening brengen;
- kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer.

De beoordeling of er sprake is van zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en dat het gaat om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is, wordt gemaakt door de medisch adviseurs van FBTO of van de FBTO Alarmcentrale. Deze beoordeling is bepalend voor de vraag of de zorg voor vergoeding op grond van dit artikel in aanmerking komt.

Vergoedingen aanvullende module(s)

Wat wij niet vergoeden

- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- dieetpreparaten en drinkvoeding;
- verbandmiddelen;
- anticonceptiva;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- vaccinaties.

3.3 Opname in een ziekenhuis in het buitenland

Bij opname in een ziekenhuis in het buitenland onderneemt de FBTO Alarmcentrale actie om de directe betaling van kosten te garanderen. Na de melding kan de FBTO Alarmcentrale onderzoek doen naar de medische kosten en de noodzaak daarvan. U en eventuele verzekerden moeten meewerken aan dit onderzoek.

3.4 Vergoeding vervolgcosten

U en de verzekerde leden van het gezin hebben recht op:

- medisch noodzakelijke repatriëring naar een beter of gespecialiseerd ziekenhuis in het buitenland, als de behandelende artsen dit voorstellen. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk;
- medisch noodzakelijke repatriëring naar een ziekenhuis of de woonplaats in Nederland. Uitsluitend medische redenen bepalen de keuze van het vervoermiddel voor repatriëring. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk;
- vergoeding van kosten van de voorgeschreven medische begeleiding tijdens de repatriëring. In artikel [4.2](#) leest u wat de voorwaarde hiervoor is.

3.5 Hulpmiddelen in het buitenland

Krijgt u of een verzekerd gezinslid in het buitenland hulpmiddelen aangemeten als onderdeel van spoedeisende zorg? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

3.6 Vergoeding tandheelkundige hulp in het buitenland

U bent verzekerd als u of een verzekerd gezinslid tijdens de verzekerde periode in het buitenland tandheelkundige hulp nodig heeft die niet kan wachten tot na terugkeer in Nederland. Uw recht op vergoeding is beperkt tot de kosten van pijnbestrijding en het treffen van noodvoorzieningen.

Heeft u of een verzekerd gezinslid door een ongeval in het buitenland tandheelkundige hulp nodig? Ook dan heeft u recht op vergoeding. Maar alleen als het ongeval tijdens de verzekerde periode plaatsvond. Zie artikel [C.6.1 Uw aanvullende module gaat in op 1 januari](#). Binnen 3 dagen na het ongeval geeft u door aan de FBTO Alarmcentrale dat u tandheelkundige hulp moest inroepen.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp niet als vóór de reis te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn. U of de verzekerde moet bewijzen dat niet redelijkerwijs te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp ook niet, als het ongeval het gevolg is van de omstandigheden die genoemd zijn in Clausuleblad Ongevallen. U vindt dit clausuleblad als bijlage bij deze voorwaarden.

Wij vergoeden de in dit artikel bedoelde tandheelkundige behandelingen tot een maximumbedrag van € 500,- per kalenderjaar, per verzekerde. Wij betalen het bedrag uit na ontvangst van de originele nota(s) van de tandarts.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een

vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

- 6.** In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.