

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202202039

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van consulten, immunologische onderzoeken en eventuele verdere behandeling bij het Instituto Bernebeau te Madrid, Spanje, te vergoeden. Gelet op de AVG mag de ziektekostenverzekeraar niet onbeperkt medische gegevens bij haar opvragen. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding geweigerd omdat bij het eerste consult een verwijzing door de huisarts ontbrak. Van de immunologische onderzoeken staat niet vast of deze tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering behoren, noch dat deze doelmatig zijn. Hiervoor is aanvullende informatie nodig die bij verzoekster is opgevraagd.
- 1.2. De commissie overweegt dat aanspraak bestaat op grond van artikel 20 van Vo.nr. 883/2004 voor zover sprake is van verzekerde zorg in het kader van de zorgverzekering waarop betrokkene redelijkerwijs is aangewezen. Om de uitkeringsplicht te kunnen beoordelen zijn inlichtingen en bescheiden gevraagd. In het kader van de AVG is sprake van een rechtmatige gegevensverwerking. De uitvraag was voorts noodzakelijk en evenredig, niet alleen vanwege de beoordeling van de uitkeringsplicht uit hoofde van de zorgverzekering, maar ook vanwege de gevraagde toestemming in het licht van de verordening. Het verzoek wordt daarom afgewezen.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 23 mei 2023 aanvullende informatie aan de Ombudsman Zorgverzekeringen gestuurd, waarna zij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) diezelfde dag telefonisch heeft gevraagd een uitspraak te doen, met name ook ten aanzien van het opvragen van haar medische gegevens door de ziektekostenverzekeraar. Op 7 juli 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 25 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 augustus 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 27 september 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023036185) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 12 september 2023 respectievelijk 21 september 2023 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Zorgverzekering Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de modules Spieren & Gewrichten (350), Tand (250), Zorg in het buitenland (Wereld), Alternatieve Geneeswijzen (350), Zorg & Herstel, en Tand Ongeval (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster kampt met diverse gezondheidsklachten, waaronder de ziekte van Lyme, waarvoor zij onder behandeling is in het AMC. Zij heeft een kinderwens. In verband hiermee is zij onder behandeling bij het Maastricht UMC. In Nederland en Duitsland heeft verzoekster eerder IVF-behandelingen ondergaan. Na een viertal onvoltooide zwangerschappen en onderzoeken in Nederland en België, heeft verzoekster zich gewend tot het Instituto Bernabeau te Madrid, Spanje. Hier heeft zij een aantal consulten gehad en zijn immunologische onderzoeken uitgevoerd.
- 3.3. De kosten van het eerste consult bij de Spaanse arts heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Bij brief van 6 juli 2022 vroeg deze haar om de verwijzing door de huisarts. Verzoekster beschikte hier niet over; de nadien afgegeven verwijzing dateert van 14 juli 2022. Op 30 augustus 2022 diende verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag in voor het tweede consult en het vervolg hierop. Bij brief van 10 oktober 2022 verklaarde de ziektekostenverzekeraar meer informatie nodig te hebben om het recht op vergoeding te kunnen beoordelen. De ziektekostenverzekeraar herhaalde dit verzoek bij brief van 8 november 2022. Hierop heeft verzoekster op 14 november 2022 tegen hem een klacht ingediend. Bij brief van 2 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist. Verzoekster had zich inmiddels, bij klachtenformulier van 29 november 2022, tot de SKGZ gewend. De daaropvolgende bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekering leidde niet tot een oplossing.
- 3.4. Bij brief van 27 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van consulten, immunologische onderzoeken en eventuele verdere

behandeling bij het Instituto Bernebeau te Madrid, Spanje, te vergoeden. Tevens vraagt zij zich af, zo begrijpt de commissie, of het opvragen door de ziektekostenverzekeraar van meer medische informatie dan reeds bij hem ingediend gegrond is en vraagt zij, zo begrijpt de commissie het klachtenformulier, de commissie zich hierover uit te spreken.

- 4.2. In het klachtenformulier van 29 november 2022 heeft verzoekster in dit verband toegelicht dat zij in Nederland en België niet verder kwam. Na een lange wachttijd kon zij terecht in het AMC. Daar werd haar verteld dat er niets voor haar kon worden gedaan en dat zij het traject in Spanje maar moest vervolgen. Dit laatste werd verzoekster alleen mondeling meegedeeld en staat dus niet op schrift. Verder onderzoek is nodig naar aanleiding van de uitkomsten van eerdere immunologische testen in België en de vier miskramen.
- 4.3. Door de ziektekostenverzekeraar is gevraagd om een behandelplan van de Spaanse arts, maar deze kan dat niet aanleveren, omdat hiertoe eerst de bloedtesten moeten worden uitgevoerd. Verzoekster meent dat zij intussen voldoende informatie heeft aangeleverd en vraagt zij de commissie om een oordeel over het opvragen door de ziektekostenverzekeraar van nog meer medische gegevens, zoals onder meer een behandelplan en een kostenopgave.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar licht in zijn brief van 2 december 2022 toe dat het gaat om diagnostisch onderzoek door dr. Pleguezuelo Garotte van het Instituto Bernabeau te Madrid. Een klinische onderbouwing van de volgens deze arts uit te voeren testen ontbreekt. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar graag inzage in de klinische bevindingen van de behandelend medisch specialist in het AMC en het door deze gegeven advies. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het aan hem om te beoordelen of sprake is van een verzekerde prestatie en of de zorg doelmatig is. Uit het e-mailbericht van dr. Sahwan Al-Nasiry van het Maastricht UMC blijkt dat veel van de aangevraagde onderzoeken een experimenteel karakter hebben. Daarnaast is het opnieuw uitvoeren van onderzoeken die al hebben plaatsgehad in Nederland of België niet doelmatig.
- 5.2. In het nader commentaar van 25 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld een search te hebben gedaan in het kader van de vraag of de zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Daarbij is een aantal relevante studies gevonden. Op basis hiervan komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat de immunologische onderzoeken in verband met herhaalde miskramen niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk en derhalve geen verzekerde zorg betreffen. De door verzoekster tijdens de onderhavige procedure overgelegde aanvullende informatie bevestigt dat de afwijzing van de eerdere onderzoeken terecht is geweest.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 27 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Het Zorginstituut leidt uit de verwijzing van de huisarts en de brief van de immunoloog in Spanje af dat de onderzoeken waarover het geschil gaat zijn uitgevoerd vanwege herhaalde miskramen. Het Zorginstituut heeft daarom onderzoek gedaan naar een onderbouwing voor het verrichten van immunologische onderzoeken bij herhaalde miskramen.

Richtlijnen

In juli 2023 heeft de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) de richtlijn 'Herhaalde miskraam' gepubliceerd. De NVOG heeft ervoor gekozen om de internationale richtlijn 'Recurrent Pregnancy Loss (update 2022)' van de European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) te adapteren. Dit betekent dat de literatuursamenvattingen

onvertaald zijn overgenomen van deze internationale richtlijn. De internationale aanbevelingen ('recommendations') en overwegingen ('justifications') zijn kritisch beoordeeld en aangepast naar de Nederlandse situatie. Deze richtlijn geeft inzicht in de risicofactoren voor een herhaalde miskraam, het diagnostisch onderzoek dat bij koppels met herhaalde miskramen kan worden gedaan naar mogelijke oorzaken, en de prognose en behandeling van koppels met herhaalde miskramen.

De richtlijn bevat een hoofdstuk 'Onderzoek bij koppels met herhaalde miskramen', met daarin een paragraaf over immunologische screening. In deze paragraaf worden verschillende immunologische onderzoeken besproken, te weten humaan leukocyten antigeen (HLA), anti-HY antistoffen, cytokinen, antinucleaire antistoffen (ANA), natural killer cellen (NK-cellen) en andere immunologische testen (o.a. anti-HLA antilichamen). Op basis van de resultaten van een systematisch literatuuronderzoek en overige argumenten (o.a. waarden en voorkeuren van patiënten en kosten) worden aanbevelingen gedaan.

Voor alle immunologische onderzoeken wordt een negatieve aanbeveling gedaan. De relatie met herhaalde miskramen is afwezig, dubieus of zwak, en de resultaten van de immunologische onderzoeken hebben geen behandelconsequenties. Daarbij is meegewogen dat het voor de patiënt niet altijd begrijpelijk is dat sommige onderzoeken niet standaard aangeboden worden, terwijl deze screening in het buitenland vaak wel gebeurt. In de richtlijn wordt daar tegenover gezet dat de zorgverlener alleen die onderzoeken behoort te adviseren die een associatie hebben aangetoond met herhaalde miskramen.

Specifiek over een KIR/HLA mismatch wordt het volgende geschreven:

Reactions of NK cells (cytotoxicity and cytokine production) in pregnant women are suggested to be modified by interactions between specific receptors (Killer immunoglobulin-like receptors or KIRs) on the NK cells and HLA-C or HLA-G, which are the only HLA genes expressed on the trophoblast. Hiby and colleagues reported that the combination of the woman carrying KIR genes that are mainly inhibitory and the man carrying C2 allotypes is more frequent among RPL than control couples (Hiby et al., 2008). Another case-control study reported that maternal inhibitory KIRs in combination with C2 homozygosity in both partners was found significantly more often in Controls (Faridi and Agrawal, 2011). In a third study no association between maternal activating or inhibitory KIR and RPL could be detected in 52 women with RPL (Witt et al., 2004), whereas smaller studies found a significant increase in activating or decrease of inhibitory KIRs in women with RPL (Vargas et al., 2009, Varla-Leftherioti et al., 2003). Due to the contradictory findings concerning KIR genotyping in couples with RPL, KIR and HLA-C typing is not suitable for diagnostic and therapeutic purposes at present.

Op grond van het voorgaande concludeert het Zorginstituut dat immunologische onderzoeken bij herhaalde miskramen niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De Nederlandse richtlijn is van zeer recente datum, en de aanbevelingen zijn gebaseerd op de resultaten van een systematisch literatuuronderzoek en overige argumenten. Voor alle immunologische onderzoeken, inclusief onderzoek naar het aanwezig zijn van een KIR/HLA mismatch, wordt een negatieve aanbeveling gedaan. De relatie met herhaalde miskramen is afwezig, dubieus of zwak, en de resultaten van deze immunologische onderzoeken hebben geen behandelconsequenties.

Conclusie

De immunologische onderzoeken die zijn verricht vanwege herhaalde miskramen voldoen niet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Deze onderzoeken maken daarom geen onderdeel uit van het basispakket.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten voor de immunologische onderzoeken vanuit het basispakket."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over de stand van de wetenschap en praktijk, het 'redelijkerwijs aangewezen zijn op', medisch specialistische zorg, en de voorwaarde van het hebben van een verwijzing, alsmede die uit (EU) Verordening nummer 883/2004, het Burgerlijk Wetboek (BW), en de (EU) Algemene Verordening Gegevensbescherming nummer 2016/679 (AVG), 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.
- 8.2. Verzoekster wenst naar een andere EU-lidstaat, namelijk Spanje, te gaan om daar een medisch specialist te consulteren, onderzoeken te ondergaan, en eventueel verder te worden behandeld. Het betreft planbare zorg en hierop ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Voorwaarde voor toepassing van deze bepaling is dat sprake is van verzekerde zorg in de bevoegde lidstaat (Nederland) en dat vooraf toestemming wordt gevraagd aan het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering in die lidstaat (de ziektekostenverzekeraar). Ten aanzien van het eerste consult geldt dat aan de tweede voorwaarde niet is voldaan. Onder bijzondere omstandigheden kan het toestemmingsvereiste de verzekerde niet worden tegengeworpen, zo blijkt uit jurisprudentie van het Europese Hof (Elchinov, C173/09). Dergelijke bijzondere omstandigheden zijn echter gesteld noch gebleken. Hieruit volgt dat de verordening, althans voor zover het gaat om het eerste consult, buiten toepassing blijft en dat de aanspraak op vergoeding van kosten hiervan moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Eerste consult

- 8.3. Hiertoe geldt dat in artikel B.28 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor medisch specialistische zorg een verwijzing nodig is. Dit is geen formaliteit, maar volgt uit artikel 14, tweede lid, Zvw. Het staat vast dat de verwijzing door de huisarts dateert van 14 juli 2022, en dus pas werd afgegeven nadat de ziektekostenverzekeraar hier bij brief van 7 juli 2022 om had verzocht, en ruim nadat het eerste consult had plaatsgevonden. Vergoeding van de met dit consult gemoeide kosten is dan ook terecht door de ziektekostenverzekeraar geweigerd.

Volgende consulten, immunologische onderzoeken en mogelijke vervolgbehandeling

- 8.4. Waar het gaat om het tweede en eventuele volgende consulten, de immunologische onderzoeken en mogelijke vervolgbehandeling in het Instituto Bernabeau, geldt dat 30 augustus 2022 een aanvraag hiertoe werd gedaan bij de ziektekostenverzekeraar. Laatstgenoemde heeft, in vervolg hierop, om aanvullende informatie verzocht. Zoals onder 8.2. is uiteengezet, moet sprake zijn van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Dit betekent onder andere dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dat de verzekerde op deze zorg redelijkerwijs moet zijn aangewezen. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om na te gaan of hieraan is voldaan. Dat hierover twijfel zou kunnen bestaan wordt bevestigd door het e-mailbericht van de behandelend gynaecoloog in Nederland, waarin wordt opgemerkt dat veel van de aangevraagde testen experimenteel zijn. Voor zover dit tussen partijen is overeengekomen, mag de ziektekostenverzekeraar ook oordelen over de doelmatigheid. Op grond van artikel 7:941,

tweede lid, BW zijn de verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen (zie ook artikel A.5.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering).

- 8.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brieven van 10 oktober 2022 en 8 november 2022 om specifieke inlichtingen en bescheiden gevraagd. Het gaat dan met name om de vraag welke onderzoeken al zijn verricht, de klinische bevindingen van het AMC, een brief waarin staat dat verder immunologisch onderzoek nodig is, en een behandelplan en kostenopgave van de Spaanse arts. Deze uitvraag is naar het oordeel van de commissie noodzakelijk en evenredig in het kader van de beoordeling van de uitkeringsplicht op grond van de zorgverzekering en daarmee tevens bepalend voor het vaststellen van de aanspraken uit hoofde van Vo. nr. 883/2004.

AVG

- 8.6. Door verzoekster is verwezen naar de AVG. Op grond van deze verordening is het verwerken van persoonsgegevens alleen rechtmatig indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan. In dit verband kan met name worden gedacht aan artikel 6, aanhef en eerste lid, onder a, AVG, te weten de uitvoering van een overeenkomst waarbij de betrokkene (verzoekster) partij is, namelijk de zorgverzekering. Artikel 9, eerste lid, AVG verbiedt het verwerken van bijzondere persoonsgegevens, zoals gegevens over iemands gezondheid. Op dit verbod bestaan uitzonderingen. In dit geval valt dan te denken aan artikel 9, tweede lid, aanhef en onder h, AVG, te weten "de verwerking is noodzakelijk voor doeleinden van preventieve of arbeidsgeneeskunde, voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer, medische diagnoses, het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, of uit hoofde van een overeenkomst met een gezondheidswerker en behoudens de in lid 3 genoemde voorwaarden en waarborgen". Aan het gestelde in het derde lid wordt voldaan, aangezien de gevraagde medische informatie moet worden gericht aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar.
- Ook als de verwerking rechtmatig is, moet zij noodzakelijk en evenredig zijn. Zoals onder 8.4. is geconcludeerd, is dit het geval. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de inlichtingen en bescheiden mochten worden opgevraagd om de uitkeringsplicht op basis van de zorgverzekering vast te stellen en de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 te beoordelen. De bepalingen van de AVG staan hieraan niet in de weg; de verwerking van het gevraagde is rechtmatig, noodzakelijk en evenredig.

Stand wetenschap en praktijk

- 8.7. De ziektekostenverzekeraar heeft in het nader commentaar van 25 augustus 2023 meegedeeld dat de ontvangen informatie inmiddels voldoende is om een beoordeling te kunnen uitvoeren. Hij heeft geoordeeld dat de aangevraagde zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Deze beoordeling is gebaseerd op artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt bij de beoordeling of het standpunt van de ziektekostenverzekeraar juist is, het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.
- 8.8. 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 behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 8.9. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend; de commissie kan hiervan gemotiveerd afwijken.

Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten *evidence based medicine* het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (*Randomized Controlled Trials*) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

- 8.10. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de immunologische onderzoeken in verband met herhaalde miskramen. Het advies van 27 september 2023 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat de immunologische onderzoeken die worden verricht vanwege herhaalde miskramen niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarmee geen deel uitmaken het verzekerde pakket op grond van de zorgverzekering. De commissie ziet geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en volgt het advies.

Dit betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering en dat de gevraagde toestemming op basis van de verordening terecht werd geweigerd. Aan de vraag of bij verzoekster een verzekeringsindicatie aanwezig is, wordt om die reden niet meer toegekomen. Hetzelfde geldt voor de doelmatigheid.

Slotsom

- 8.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 oktober 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

VERORDENING (EU) 2016/679

Artikel 6

Rechtmatigheid van de verwerking

1. De verwerking is alleen rechtmatig indien en voor zover aan ten minste een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:

- a) de betrokkene heeft toestemming gegeven voor de verwerking van zijn persoonsgegevens voor een of meer specifieke doeleinden;
- b) de verwerking is noodzakelijk voor de uitvoering van een overeenkomst waarbij de betrokkene partij is, of om op verzoek van de betrokkene vóór de sluiting van een overeenkomst maatregelen te nemen;
- c) de verwerking is noodzakelijk om te voldoen aan een wettelijke verplichting die op de verwerkingsverantwoordelijke rust;
- d) de verwerking is noodzakelijk om de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon te beschermen;
- e) de verwerking is noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of van een taak in het kader van de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is opgedragen;
- f) de verwerking is noodzakelijk voor de behartiging van de gerechtvaardigde belangen van de verwerkingsverantwoordelijke of van een derde, behalve wanneer de belangen of de grondrechten en de fundamentele vrijheden van de betrokkene die tot bescherming van persoonsgegevens nopen, zwaarder wegen dan die belangen, met name wanneer de betrokkene een kind is.

De eerste alinea, punt f), geldt niet voor de verwerking door overheidsinstanties in het kader van de uitoefening van hun taken.

2. De lidstaten kunnen specifiekere bepalingen handhaven of invoeren ter aanpassing van de manier waarop de regels van deze verordening met betrekking tot de verwerking met het oog op de naleving van lid 1, punten c) en e), worden toegepast; hiertoe kunnen zij een nadere omschrijving geven van specifieke voorschriften voor de verwerking en andere maatregelen om een rechtmatige en behoorlijke verwerking te waarborgen, ook voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX.

3. De rechtsgrond voor de in lid 1, punten c) en e), bedoelde verwerking moet worden vastgesteld bij:

- a) Unierecht; of
- b) lidstatelijk recht dat op de verwerkingsverantwoordelijke van toepassing is.

Het doel van de verwerking wordt in die rechtsgrond vastgesteld of is met betrekking tot de in lid 1, punt e), bedoelde verwerking noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of voor de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is verleend. Die rechtsgrond kan specifieke bepalingen bevatten om de toepassing van de regels van deze verordening aan te passen, met inbegrip van de algemene voorwaarden inzake de rechtmatigheid van verwerking door de verwerkingsverantwoordelijke; de types verwerkte gegevens; de betrokkenen; de entiteiten waaraan en de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens mogen worden verstrekt; de doelbinding; de opslagperioden; en de verwerkingsactiviteiten en -procedures, waaronder maatregelen om te zorgen voor een rechtmatige en behoorlijke verwerking, zoals die voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX. Het Unierecht of het lidstatelijke recht moet beantwoorden aan een doelstelling van algemeen belang en moet evenredig zijn met het nagestreefde gerechtvaardigde doel.

4. Wanneer de verwerking voor een ander doel dan dat waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld niet berust op toestemming van de betrokkene of op een Unierechtelijke bepaling of een lidstaatrechtelijke bepaling die in een democratische samenleving een noodzakelijke en evenredige maatregel vormt ter waarborging van de in artikel 23, lid 1, bedoelde doelstellingen houdt de verwerkingsverantwoordelijke bij de beoordeling van de vraag of de verwerking voor een ander doel verenigbaar is met het doel waarvoor de persoonsgegevens aanvankelijk zijn verzameld onder meer rekening met:

- a) ieder verband tussen de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld, en de doeleinden van de voorgenomen verdere verwerking;
- b) het kader waarin de persoonsgegevens zijn verzameld, met name wat de verhouding tussen de betrokkenen en de verwerkingsverantwoordelijke betreft;
- c) de aard van de persoonsgegevens, met name of bijzondere categorieën van persoonsgegevens worden verwerkt, overeenkomstig artikel 9, en of persoonsgegevens over strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten worden verwerkt, overeenkomstig artikel 10;
- d) de mogelijke gevolgen van de voorgenomen verdere verwerking voor de betrokkenen;
- e) het bestaan van passende waarborgen, waaronder eventueel versleuteling of pseudonimisering.

Artikel 9

Verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens

1. Verwerking van persoonsgegevens waaruit ras of etnische afkomst, politieke opvattingen, religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen, of het lidmaatschap van een vakbond blijken, en verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens met het oog op de unieke identificatie van een persoon, of gegevens over gezondheid, of gegevens met betrekking tot iemands seksueel gedrag of seksuele gerichtheid zijn verboden.
2. Lid 1 is niet van toepassing wanneer aan een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:
 - a) de betrokkene heeft uitdrukkelijke toestemming gegeven voor de verwerking van die persoonsgegevens voor een of meer welbepaalde doeleinden, behalve indien in Unierecht of lidstatelijk recht is bepaald dat het in lid 1 genoemde verbod niet door de betrokkene kan worden opgeheven;
 - b) de verwerking is noodzakelijk met het oog op de uitvoering van verplichtingen en de uitoefening van specifieke rechten van de verwerkingsverantwoordelijke of de betrokkene op het gebied van het arbeidsrecht en het socialezekerheids- en socialebeschermingsrecht, voor zover zulks is toegestaan bij Unierecht of lidstatelijk recht of bij een collectieve overeenkomst op grond van lidstatelijk recht die passende waarborgen voor de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene biedt;
 - c) de verwerking is noodzakelijk ter bescherming van de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon indien de betrokkene fysiek of juridisch niet in staat is zijn toestemming te geven;
 - d) de verwerking wordt verricht door een stichting, een vereniging of een andere instantie zonder winstoogmerk die op politiek, levensbeschouwelijk, godsdienstig of vakbondsgebied werkzaam is, in het kader van haar gerechtvaardigde activiteiten en met passende waarborgen, mits de verwerking uitsluitend betrekking heeft op de leden of de voormalige leden van de instantie of op personen die in verband met haar doeleinden regelmatig contact met haar onderhouden, en de persoonsgegevens niet zonder de toestemming van de betrokkenen buiten die instantie worden verstrekt;
 - e) de verwerking heeft betrekking op persoonsgegevens die kennelijk door de betrokkene openbaar zijn gemaakt;
 - f) de verwerking is noodzakelijk voor de instelling, uitoefening of onderbouwing van een rechtsvordering of wanneer gerechten handelen in het kader van hun rechtsbevoegdheid;
 - g) de verwerking is noodzakelijk om redenen van zwaarwegend algemeen belang, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene;

h)de verwerking is noodzakelijk voor doeleinden van preventieve of arbeidsgeneeskunde, voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer, medische diagnoses, het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, of uit hoofde van een overeenkomst met een gezondheidswerker en behoudens de in lid 3 genoemde voorwaarden en waarborgen;

i)de verwerking is noodzakelijk om redenen van algemeen belang op het gebied van de volksgezondheid, zoals bescherming tegen ernstige grensoverschrijdende gevaren voor de gezondheid of het waarborgen van hoge normen inzake kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg en van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht waarin passende en specifieke maatregelen zijn opgenomen ter bescherming van de rechten en vrijheden van de betrokkene, met name van het beroepsgeheim;

j)de verwerking is noodzakelijk met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden overeenkomstig artikel 89, lid 1, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de belangen van de betrokkene.

3. De in lid 1 bedoelde persoonsgegevens mogen worden verwerkt voor de in lid 2, punt h), genoemde doeleinden wanneer die gegevens worden verwerkt door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels aan het beroepsgeheim is gebonden, of door een andere persoon die eveneens krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels tot geheimhouding is gehouden.

4. De lidstaten kunnen bijkomende voorwaarden, waaronder beperkingen, met betrekking tot de verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens of gegevens over gezondheid handhaven of invoeren.

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. de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- f. ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk overzicht vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr;
- g. 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.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

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 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 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellzorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a. verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b. verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het invoeren van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 Geen recht op zorg als gevolg van bijzondere situaties in Nederland

U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- a. een gewapend conflict;
- b. een burgeroorlog;
- c. een opstand;
- d. binnenlandse onlusten;
- e. oproer en munitie.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

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.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.
2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.
4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.
5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

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. (...)*”