



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, TULSA PRO behandeling bij vergrote prostaat,
stand van de wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo.nr.
883/2004

Zaaknummer : 202001019

Zittingsdatum : 10 juli 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 12 juni 2020 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. Op 23 juni 2020 heeft verzoeker per brief de commissie gevraagd om het geschil met spoed te behandelen.
- 2.3. Op 29 juni 2020 heeft de commissie partijen meegedeeld dat is besloten in dit geschil de spoedprocedure op basis van het toepasselijke reglement te volgen en partijen direct uit te nodigen voor de mondelinge behandeling.
- 2.4. De voorzitter heeft besloten dat de behandeling van het geschil met inbegrip van het verzoek om voorlopige voorziening plaatsvindt ten overstaan van één lid van de commissie.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 juli 2020 gehoord. Verzoeker heeft tijdens de zitting verzocht om een voorlopige voorziening, te weten een vergoeding gelijk aan de kosten van de TULSA PRO-operatie in de Altaklinik in Duitsland.
- 2.6. De commissie heeft het verzoek om een voorlopige voorziening op 22 juli 2020 afgewezen.
- 2.7. Op 23 juli 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020031507) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 31 juli 2020 aan partijen gestuurd. Partijen is hierbij de mogelijkheid geboden te reageren op dit advies. Aan partijen is gevraagd of kan worden volstaan met één afsluitende, schriftelijke ronde.
- 2.8. Partijen hebben beiden verklaard akkoord te gaan met één afsluitende, schriftelijke ronde. Verzoeker heeft op 13 augustus 2020 telefonisch verklaard niet inhoudelijk te reageren op het advies van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 augustus 2020 schriftelijk verklaard dat hij zich kan vinden in voornoemd advies.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis (hierna: de zorgverzekering).

- 3.2. Verzoeker heeft al geruime tijd in toenemende mate last van klachten als gevolg van een vergrote prostaat. Hij wil hiervoor worden behandeld met een methode die de minste kans op complicaties geeft. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar daarom gevraagd om de TULSA (Transurethrale Ultrasonie Ablatie) PRO (een vorm van High Intensity Focused Ultrasound) behandeling, uit te voeren in de Alta Klinik in Duitsland, te vergoeden.
- 3.3. De Androskliniek te Amsterdam heeft op 14 april 2020 per brief over verzoeker verklaard:
"Op 17 april 2020 sprak ik bovengenoemde cliënt van de Andros Mannenkliniek te Amsterdam in verband met uitslag bespreking prostaat MRI.
Datum MRI: 02-04-2020
Conclusie radioloog:
De prostaat heeft een volume van 110 cc. PSA densiteit: 0,07.
Geen aanwijzingen voor significant prostaatacarcinoom.
Uitpuilende BPH nodus rechts lateraal basis prostaat, ongewijzigd in vergelijking met 2017 (PIRADS 2).
Bekende, uitgebreide BPH in de transitie zone (PIRADS 1).
Conclusie uroloog:
idem.
Beleid:
Geen biopsie noodzakelijk. Conservatief beleid.
Client wenst verwijzing naar Alta Klinik Duitsland"
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 april 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor de TULSA PRO behandeling in Duitsland is afgewezen.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 20 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft
- 3.6. Het advies van het Zorginstituut van 23 juli 2020 luidt als volgt:
"De vigerende Europese richtlijn geeft TULSA PRO/HIFU niet als behandelmogelijkheid voor BPH. Hiermee lijkt de zorg niet conform wat door de beroepsgroep als gepaste zorg wordt beschouwd voor deze aandoening.
Om te beoordelen of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk heeft het Zorginstituut op 20 juli 2020 een literatuursearch uitgevoerd in PubMed. Er werd één publicatie gevonden welke niet was gerelateerd aan het onderwerp.
Vervolgens heeft het Zorginstituut een literatuursearch gedaan naar HIFU bij BPH [benigne prostaathyperplasie]. Er werden 24 publicaties gevonden. Eén van de publicaties is een recente review (referentie 1), maar hierin werd de behandeling van BPH niet inhoudelijk besproken. Verder werden er vier klinische studies gevonden, waarvan drie niet-vergelijkende studies (referenties 2,3 en 5) en één vergelijkende observationele studie (referentie 21). Niet-vergelijkende studies geven echter geen informatie over de effectiviteit en veiligheid van de HIFU/TULSA PRO ten opzichte van de standaard operatieve behandeling. Om dit te onderzoeken zijn geblindeerde gerandomiseerde vergelijkende studies (randomised controlled trials, RCT) nodig. Dergelijk onderzoek behoort bij het beschikbaar zijn van bestaande behandelingsopties tot de mogelijkheden en is gezien de incidentie en het klinisch beeld van de aandoening goed haalbaar. De gevonden vergelijke[nde] cohortstudie is van lagere kwaliteit dan een RCT en includeert niet de geldende standaardbehandeling (TURP). Deze studie is daarmee ook niet geschikt om de effectiviteit van HIFU/TULSA PRO vast te stellen. De 18 overige publicaties werden geëxcludeerd omdat: HIFU niet werd onderzocht (n = 10), het een dierstudie betrof (n=4), het geen klinische (meestal een technische haalbaarheidsstudie) studie betrof (n=3) of dat het artikel in Russisch was (n=1).
Er kan geconcludeerd worden dat er geen vergelijkend onderzoek beschikbaar is waarin HIFU/ TULSA PRO wordt vergeleken met standaardbehandeling. Aangezien het verrichten van dergelijk onderzoek (een RCT) in dit geval haalbaar is en het meest betrouwbaar is om de effectiviteit te

beoordelen, is dergelijk onderzoek hier wenselijk geacht. De behandeling kan dan ook niet conform de stand van wetenschap en praktijk genoemd worden."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd om vergoeding van de kosten van de TULSA PRO behandeling, uit te voeren in de Alta Klinik in Duitsland.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18.4 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige zorg alsmede artikel 20 van Verordening (EG) (Vo.) nr. 883/2004 inzake zorg in een andere EU-lidstaat 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

- 6.2. Verzoeker wil naar een andere EU-lidstaat gaan, namelijk Duitsland, met het doel daar een TULSA PRO behandeling te ondergaan. Hierbij is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Volgens dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens het sociale verzekeringsstelsel van de betreffende EU-lidstaat, op voorwaarde dat de zorg behoort tot het verzekerde pakket in Nederland én als deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. De vraag die moet worden beantwoord, is of de ziektekostenverzekeraar de gevraagde toestemming op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 mocht weigeren en zo ja, of de ziektekostenverzekeraar de gevraagde ingreep op grond van de zorgverzekering moet vergoeden.
- 6.3. Volgens de door verzoeker overgelegde stukken is het doel van de TULSA PRO behandeling, de klachten van een prostaatvergroting te verhelpen en de prostaat als orgaan te behouden. Daarbij moeten de functies van de prostaat intact blijven, zoals een natuurlijke ejaculatie, mannelijke potentie en continentie. Volgens verzoeker vindt de genoemde behandeling niet in Nederland plaats. In Nederland wordt volgens verzoeker ook niet een zodanige andere behandeling van een vergrote prostaat uitgevoerd dat de kans op aantasting van de eerder genoemde functies gering of nagenoeg uitgesloten is. In het bijzonder deze risico's baren verzoeker zorgen en zijn voor hem aanleiding te kiezen voor de TULSA PRO behandeling. Verder heeft verzoeker erop gewezen dat hij toenemende klachten van zijn vergrote prostaat heeft zodat een medische behandeling urgent is. Dit geldt vooral voor de steeds sneller opvolgende plasklachten.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de TULSA PRO behandeling bij een vergrote prostaat geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie ten laste van de zorgverzekering.
- 6.5. De commissie overweegt als volgt. Zowel voor de toepassing van de verordening als voor de toepassing van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering moet er sprake zijn van verzekerde zorg. Hiervoor is nodig dat de zorg overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk.

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.

- 6.6. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of een TULSA PRO behandeling bij een vergrote prostaat overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. 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. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.7. 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 meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.8. Het Zorginstituut heeft de zorg beoordeeld die in geschil is. Het advies van 23 juli 2020 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie is dat een TULSA PRO behandeling bij een vergrote prostaat niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie ziet geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut dan ook over. Hieruit volgt dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De toestemming op basis van Vo. nr. 883/2004 werd daarom terecht geweigerd en op grond van de zorgverzekering is om de zelfde reden geen vergoeding mogelijk. Er is dan ook geen mogelijkheid tegemoet te komen aan de wens van verzoeker – hoe begrijpelijk ook – ten aanzien van zijn medische behandeling.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 augustus 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

4. Overige stukken

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 zeven 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°. vruchtbaarheidsgelateerde 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 gehemelte-spleten, 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.

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

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

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

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

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

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

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

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

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

1.3 Samenwerking met gemeenten

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

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

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

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

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

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

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

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

B.31 Medisch specialistische zorg en verblijf

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

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

De zorg bestaat uit:

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

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

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

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

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

Het gaat om de volgende artikelen:

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

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

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

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

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

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

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

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

getuigenverhoor aanwezig te zijn, de getuige vragen te stellen en zich uit te laten over door de getuige afgelegde verklaring. Indien een getuige, na behoorlijk te zijn opgeroepen, geen gehoor geeft aan de oproep ter zitting te verschijnen, kan de Geschillencommissie besluiten eenmalig een nieuwe datum te bepalen voor het getuigenverhoor.

Ingeval een deskundige wordt benoemd, vermeldt de tussenuitspraak de punten waarover zijn oordeel wordt verwacht. De deskundige stelt partijen in de gelegenheid opmerkingen te maken en verzoeken te doen en vermeldt de opmerkingen en verzoeken in zijn rapport. Na het uitbrengen van dit rapport, dat met redenen is omkleed en door de deskundige wordt ondertekend, ontvangen partijen hiervan een afschrift en worden zij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren binnen een termijn van twee weken na toezending.

9. De hoorzitting als bedoeld in het eerste en tweede lid en het getuigenverhoor vinden meervoudig plaats tenzij de voorzitter of fungerend vice-voorzitter besluit dat de behandeling, gelet op de aard en de inhoud van het Verzoek, plaatsvindt ten overstaan van één lid van de Geschillencommissie. Tegen deze beslissing staat geen voorziening open.
10. De hoorzitting en het getuigenverhoor zijn niet openbaar. Anderen dan partijen, hun vertegenwoordigers, en eventuele getuigen en deskundigen, worden slechts toegelaten indien partijen daartegen geen bezwaar hebben. De Geschillencommissie kan, ondanks bezwaar van een van de partijen, een andere persoon dan de genoemden toelaten indien zij van oordeel is dat daarvoor goede gronden zijn en het belang van de partij die zich tegen de toelating verzet daardoor niet of niet onredelijk wordt benadeeld. Tegen deze beslissing staat geen voorziening open.

Artikel 12 Verkorte procedure

1. Indien de consument hierom expliciet verzoekt, onder uitdrukkelijke vermelding van zwaarwegende redenen die maken dat niet van hem kan worden gevergd dat de hierboven beschreven procedure wordt gevolgd, staat de mogelijkheid van een spoedprocedure open.
2. De voorzitter dan wel, bij diens ontstentenis, de fungerend vice-voorzitter, beslist of het in het eerste lid bedoelde verzoek wordt gehonoreerd. Tegen deze beslissing staat geen voorziening open.
3. In geval van toepassing van de spoedprocedure wordt het Verzoek, zonder voorafgaande schriftelijke behandeling zoals bedoeld in artikel 9, na betaling van het entreegeld, zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid, binnen vier weken na de mededeling van de beslissing zoals bedoeld in het tweede lid, mondeling behandeld tijdens een hoorzitting van de Geschillencommissie. Aan beide partijen wordt een oproeping voor de hoorzitting gezonden, waarin de datum, het tijdstip en de plaats van de hoorzitting worden vermeld. Artikel 11, tweede, vijfde, achtste, negende en tiende lid, zijn van overeenkomstige toepassing.
4. Voorts kan de Geschillencommissie, indien het geschil een zorgverzekering betreft en het Verzoek betrekking heeft op (de vergoeding van) zorg en/of overige diensten als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, besluiten het Zorginstituut Nederland te vragen met voorrang een advies, als bedoeld in artikel 10 van dit reglement, op te stellen.
5. De Geschillencommissie kan in vervolg op de hoorzitting besluiten tot het treffen van een voorlopige voorziening.

6. Verder kan de Geschillencommissie, gehoord partijen, tot de conclusie komen dat een voldoende spoedeisend belang ontbreekt, in welk geval de reguliere procedure zal worden gevolgd.

Artikel 13 Minnelijke regeling en intrekking Verzoek

1. De Geschillencommissie is bevoegd in iedere stand van het geding een minnelijke regeling tussen partijen te beproeven.
2. In dat geval worden partijen door de Geschillencommissie ingelicht over de rechtsgevolgen hiervan, de mogelijkheid alsnog een beroep te doen op de bevoegde rechter, en het feit dat de uitkomst van een eventuele procedure bij de bevoegde rechter anders kan zijn dan de voorgestelde minnelijke regeling. De Geschillencommissie stelt een redelijke termijn vast waarbinnen partijen de voorgestelde minnelijke regeling kunnen overdenken en zich hierover kunnen uitlaten.
Indien tijdens of na de (geplande) hoorzitting een minnelijke regeling tot stand komt, legt de commissie de inhoud hiervan vast in een bindend advies.
3. De consument kan tot het moment waarop de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt als bedoeld in artikel 9, derde lid, aan de Geschillencommissie kenbaar heeft gemaakt, zonder opgave van redenen besluiten tot intrekking van het Verzoek, zonder gehouden te zijn eventueel door de ziektekostenverzekeraar gemaakte kosten verband houdende met het Verzoek te vergoeden. Nadien is intrekking van het Verzoek alleen mogelijk met instemming van de ziektekostenverzekeraar, waarbij deze aan zijn instemming de eis kan verbinden dat de consument de door de ziektekostenverzekeraar gemaakte kosten in verband met de behandeling van het Verzoek dient te vergoeden, en wordt het in artikel 9, eerste lid bedoelde entreegeld niet gerestitueerd.

Artikel 14 Het (niet-)bindend advies

1. Gehoord het eventuele advies van het Zorginstituut Nederland als bedoeld in artikel 10, brengt de Geschillencommissie binnen 90 dagen nadat de hoorzitting heeft plaatsgevonden dan wel binnen 90 dagen nadat partijen op de voet van artikel 11, derde lid, aan de Geschillencommissie kenbaar hebben gemaakt niet in persoon of telefonisch te willen worden gehoord, haar bindend advies uit. Indien de ziektekostenverzekeraar vooraf niet schriftelijk heeft ingestemd met bindende advisering dan wel de consument heeft verklaard prijs te stellen op een niet-bindend advies, brengt de Geschillencommissie voor zover het geschil ziet op een ziektekostenverzekering een niet-bindend advies uit binnen de hiervoor genoemde termijnen.
Deze termijnen kunnen door de Geschillencommissie worden verlengd, in welk geval partijen hiervan schriftelijk in kennis worden gesteld.
2. Op het Verzoek wordt beslist door het lid danwel de leden van de Geschillencommissie ten overstaan van wie de hoorzitting heeft plaatsgevonden. Een beslissing op basis van de stukken geschiedt door de daartoe aangewezen leden van de Geschillencommissie.
3. Bij haar beslissing baseert de Geschillencommissie zich uitsluitend op stukken en uitspraken waarvan beide partijen in de procedure hebben kunnen kennisnemen.
4. Ingeval de hoorzitting ten overstaan van drie leden van de Geschillencommissie plaatsvindt onderscheidenlijk een beslissing op basis van stukken wordt genomen, wordt de beslissing op het Verzoek genomen bij meerderheid van stemmen.