



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, namens de erven van C, vertegenwoordigd door D te E, tegen OWM
Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg en OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, stand wetenschap en praktijk, plegen te bieden

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv,
voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 201902340

Zittingsdatum : 23 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, namens de erven van C(verzekerde), vertegenwoordigd door D te E,
tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 13 februari 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 15 juni 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 juni 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) heeft per brief van 16 juli 2020 een voorlopig advies (zaaknummer: 2020027827) aan de commissie uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 juli 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 september 2020 gehoord.
- 2.5. In vervolg op de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar op 14 oktober 2020 per brief verklaard dat hij bereid is de combinatie cetuximab en irinotecan uit coulance te vergoeden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Het Zorginstituut heeft op 18 november 2020 per brief het definitief advies uitgebracht aan de commissie. Een kopie hiervan is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft op 25 november 2020 per brief gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering PlusExtra Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 26 oktober 2017 heeft de behandelend internist-oncoloog in het Tergooi ziekenhuis over verzekerde verklaard:
"(...) Bovengenoemde patiënt is sinds januari 2017 bekend met een sigmoidcarcinoom met levermetastasen. In februari is hij gestart met folfox/bevacizumab kuren in de CAIRO-5 studie. Op deze behandeling is respons te zien. De toediening van de kuren verliep niet zoals gepland, deels door uitstel in verband met trombocytopenie, deels ook op verzoek van patiënt zelf. Vanaf augustus is de oxaliplatin op verzoek van patiënt zelf gestaakt. De recente CT scan toont stabiele ziekte volgens resist (een metastase minimaal toegenomen mm). Inmiddels is de CT scan ook

door het panel van de CAIRO-5 studie beoordeeld op resectabiliteit van de levermetastasen, De levermetastasen zijn nu door het panel beoordeeld als resectabel. Derhalve wordt patiënt nu verwezen naar prof. dr. [naam] in het AMC, de polikliniek chirurgie wordt verzocht hem op te roepen voor een afspraak op korte termijn. Mocht de operatie pas op langere termijn gepland worden, dan is het te overwegen nog een chemokuur te geven. Zoals ook geadviseerd in de recente brief van collega prof. dr. [naam] zal dan eventueel een irinotecan-bevattende kuur worden gegeven.

- 3.3. Op 6 november 2018 heeft de behandelend chirurg in het AMC over verzekerde verklaard: *"(...) Op 8 december 2017 werd alhier een deel van de metastasen geresecteerd in het kader van een 'two stage' resectie waarbij het plan was in tweede instantie de resterende metastasen te verwijderen. Gezien de progressie van de metastasen is hij echter niet aan een twee resectie toegekomen. In het multidisciplinair overleg werd besloten de systemische therapie te continueren. In overleg met patiënt is besloten hem voor zijn vervolgbehandeling naar een oncologische kliniek in Duitsland te verwijzen. (...)"*
- 3.4. Verzekerde onderging de vervolgbehandelingen in Duitsland van januari 2018 tot juni 2019. Bij deze behandelingen is toegediend: Irinotecan (12 x iedere 14 dagen 200 mg), Cetuximab (12 x iedere 14 dagen 500mg), Zelboraf (6x1 pack vanwege een BRAF V600 mutatie). Een en ander werd 12 x als infusievloeistof gegeven en gecombineerd met 12 x hyperthermie.
- 3.5. De kosten die samenhangen met de behandelingen in Duitsland zijn door verzekerde op verschillende momenten in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in diverse brieven in 2018 en 2019 aan verzekerde meegedeeld dat de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verzekerde nadien verzocht aanvullende informatie aan te leveren over de behandelend arts in Duitsland en de behandeling die hij aldaar onderging. Na ontvangst van deze informatie heeft de ziektekostenverzekeraar op 2 mei 2019 aan verzekerde meegedeeld dat de kosten die samenhangen met de oncologische behandelingen in Duitsland niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.8. Verzekerde is op 5 juni 2019 overleden.
- 3.9. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissingen gevraagd. Op 4 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.
- 3.10. Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 16 juli 2020 verklaard: *"(...) Relevante vraagstelling De standaardbehandeling voor (permanent) niet-resectabele levermetastasen van het colorectaalcarcinoom is best-supportive care of, indien aangewezen, systemische behandeling. Voor hyperthermie is in de palliatieve setting geen rol beschreven binnen de nationale en internationale richtlijnen. Bij verzekerde is de systemische behandeling gecombineerd met hyperthermie van de lever. De relevante vraag is: heeft hyperthermie gecombineerd met (dus toegevoegd aan) systemische behandeling een meerwaarde boven systemische therapie-alleen? Omdat systemische therapie in de palliatieve setting een standaardbehandeling is in de Nederlandse zorgpraktijk zal vervolgens ook beoordeeld worden of verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op het behandelingschema van systemische therapie zoals is toegepast in de privékliniek in Duitsland."*

Het Zorginstituut heeft op 6 juli 2020 een literatuursearch uitgevoerd in PubMed. Gegeven de plaats in de richtlijnen van lokale hyperthermie in de palliatieve setting werd er rekening gehouden met een lage opbrengst van de literatuursearch. Daarom is de literatuur search breed opgezet waarbij "palliatieve setting" niet als inclusie criterium is genomen. Ook is met de vrije teksttermen "local Hyperthermia" and "Deep Hyperthermia" gezocht in Pubmed en via Google Scholar. De gevonden publicaties betroffen vooral ablatieve therapieën (dus in de curatieve setting) en in de palliatieve setting betrof het voornamelijk HIPEC bij peritoneaal gemetastaseerd ziekte. Er werd geen enkele publicatie gevonden specifiek over lokale en/of diepe hyperthermie bij (permanent) nietresectabele levermetastasen. Er werd een enkele referentie gevonden waarin een fase II studie over regionale hyperthermie versus whole liver irradiation wordt beschreven. Naast dat het om een fase II studie gaat beantwoordt de studie niet onze vraagstelling over lokale hyperthermie gecombineerd met systemische therapie. Aanvullend werd in de vrije tekst gezocht specifiek met de term local en deep hyperthermia, echter zonder relevante gegevens specifiek voor de indicatie niet-resectable levergemetastaseerde ziekte.

Standpunten hyperthermie

Het Zorginstituut heeft in het standpunt van 12 september 2019 geconcludeerd dat adjuvante Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) bij stadium III coloncarcinoom en een hoog risico op peritoneale metastasering een voorwaardelijke toelating tot het basispakket van toepassing is. Voor andere indicaties heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat hyperthermie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals onder andere het inoperabel pancreascarcinoom, mesothelioom of recidief rectumcarcinoom.

Conclusie hyperthermie

Gelet op de gevonden literatuur en standpunten kan geconcludeerd worden dat hyperthermie bij de indicatie (permanent) niet-resectabele levermetastasen van het colorectaalcarcinoom niet voldoet aan stand van de wetenschap en praktijk.

Beoordeling systemische behandeling

De systemische therapie bestond uit irinotecan monotherapie gecombineerd met cetuximab en vemurafinib. Voor de inzet van de palliatieve systemische therapie beoordeelt het Zorginstituut of verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op monotherapie met irinotecan, al dan niet gecombineerd met een (of meerdere) biologicals na falen van oxaliplatin houdende inductietherapie.

Irinotecan en cetuximab zijn geregistreerd voor de indicatie gemetastaseerd colorectaal carcinoom. Registratie van geneesmiddelen vindt plaats op basis van aangetoonde therapeutische waarde van het geneesmiddel binnen een bepaalde indicatie en binnen specifieke settings (zie verder). Vemurafenib is niet geregistreerd voor de indicatie colorectaal carcinoom. Dit betekent dat vemurafinib off-label toegepast is bij verzekerde. Medisch specialisten gebruiken geneesmiddelen als onderdeel van hun behandeling. Zij laten zich hierbij leiden door richtlijnen en protocollen die door hun beroepsgroep zijn opgesteld. Ook het off-label gebruik van een geneesmiddel kan beschreven zijn in een behandelrichtlijn. In tegenstelling tot de plaatsbepaling van irinotecan en cetuximab in de behandeling van het gemetastaseerde colorectaal carcinoom, wordt vemurafinib niet genoemd in de richtlijn of in de adviezen van de commissie ter Beoordeling van Oncologische Middelen (BOM). Dit is conform de geregistreerde indicaties van vemurafinib. Hieruit volgt dat vemurafinib bij gemetastaseerd colorectaal carcinoom geen zorg is zoals medisch specialisten plegen te bieden.

In Nederland is 5-FU-bevattende chemotherapie - meestal de combinatie van capecitabine met oxaliplatine (doublettherapie), al dan niet in combinatie met bevacizumab - de standaard eerstelijns behandeling van het gemetastaseerd colorectaal carcinoom (CRC). Doublettherapie in combinatie met targeted therapie is ook aangewezen als inductietherapie om irresectabele levermetastasen te converteren naar resectabele metastasen, zoals het geval is bij verzekerde. In principe wordt onderhoudsbehandeling met targeted therapie gecontinueerd tot weer ziekteprogressie optreedt of tot er sprake is van ernstige bijwerkingen van de targeted therapie. Meestal wordt dan overgegaan op een andere combinatie van de chemotherapie en daarbij wordt het gebruik van bevacizumab gestaakt. De keuze om een volgende lijn systemische behandeling te starten of om te kiezen

voor best supportive care moet besproken worden in het multidisciplinair overleg en zorgvuldig afgewogen worden met de patiënt. De uiteindelijke beslissing is afhankelijk van de beschikbaarheid van effectieve behandelinterventies, de kliniek (ziekte- en patiëntkenmerken) en patiëntvoorkeuren. Indien ondanks inductietherapie toch ziekteprogressie optreedt tijdens of binnen zes maanden na beëindiging van deze behandeling, dan wordt bij de indicatie voor volgende lijn van behandeling meestal gekozen voor irinotecan; hetzij als monotherapie, hetzij in combinatie met een 5-FU-preparaat. Voor monotherapie wordt in het algemeen indien géén lokale palliatie van symptomatische metastasen wordt nagestreefd. Ook heeft monotherapie de voorkeur bij patiënten die geen kandidaten zijn voor combinatie chemotherapie, bijvoorbeeld kwetsbare ouderen of bij aanwezigheid van ernstige co-morbiditeit. Bij patiënten met een RAS/BRAF V600E wildtype (afwezigheid van genoemde mutaties) en met rechtszijdige lokalisatie van de primaire tumor (waaronder ook het sigmoid) wordt in de Nederlandse richtlijn aanbevolen dat érgens in het beloop van de ziekte, in latere lijnen zowel een anti-EGFR antilichaam (zoals cetuximab als monotherapie) als een anti-VEGF antilichaam (zoals bevacizumab als monotherapie) toegediend moeten krijgen. De registratie voor cetuximab bij het gemetastaseerde colorectaal carcinoom in latere lijnen betreft de toediening als monotherapie. Voor cetuximab in combinatie met irinotecan na falen van eerste lijnsbehandeling zijn er onvoldoende gegevens om te spreken van een meerwaarde van cetuximab toegevoegd aan irinotecan. Deze combinatie voldoet niet aan stand van wetenschap en praktijk en is ook geen zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

Conclusie

Behandeling met chemotherapie op basis van irinotecan is zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Gelet op het ziektebeloop van verzekerde, te weten de progressieve ziekte na inductietherapie (falen van oxaliplatin gebaseerde chemotherapie), én de aanwijzingen voor palliatieve setting in de Nederlandse behandelrichtlijn voor de indicatie van systemische therapie na falen van eerdere systemische behandeling met oxaliplatin, is verzekerde redelijkerwijs aangewezen op een volgende lijn systemische behandeling met chemotherapie gebaseerd op irinotecan. Hierbij is de keuze tussen combinatie chemotherapie of monotherapie geheel afhankelijk van de persoonlijke situatie van de patiënt (zoals hierboven beschreven). De combinatie met cetuximab voldoet echter niet aan de stand van wetenschap en praktijk en is geen zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. Vemurafenib is eveneens geen zorg die medisch specialisten plegen te bieden. Lokale (diepe) hyperthermie van de lever voldoet niet aan de stand van wetenschap en praktijk. Hyperthermie, cetuximab en vemurafenib zijn hiermee geen te verzekeren prestaties.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Lokale (diepe) hyperthermie van de lever en de geneesmiddelen cetuximab en vemurafenib komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Verzekerde kan wel aanspraak maken op vergoeding van irinotecan monotherapie ten laste van de basisverzekering. (...)"

3.11. Het Zorginstituut heeft op 18 november 2020 het volgende verklaard:

"(...) Add-on geneesmiddelen

Bepaalde geneesmiddelen kunnen apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) in rekening worden gebracht. Dit zijn add-on geneesmiddelen. Cetuximab en irinotecan zijn add-on geneesmiddelen. De Commissie beoordeling add-on geneesmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) beoordeelt namens de zorgverzekeraars de aanspraak van geregistreerde geneesmiddelen en geregistreerde en off-label indicaties. Vervolgens wordt de aanspraakstatus (JA of NEE) geregistreerd in de G-standaard.

G-standaard

De G-Standaard is een databank die het voorschrijven, afleveren, bestellen, declareren en vergoeden van zorgproducten ondersteunt. De G-standaard speelt geen rol bij het beoordelen van de stand van de wetenschap en praktijk en is geen product van het Zorginstituut. De aanspraakstatus JA in de G-standaard is niet van invloed op het advies van het Zorginstituut. In een tweedelijns setting, zoals bij verzekerde het geval is, voldoet de combinatie irinotecan met

cetuximab niet aan de stand van wetenschap en praktijk en is geen zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. Het Zorginstituut begrijpt dat dit verwarrend kan zijn voor verzoekster gelet op de aanspraakstatus in de G-standaard. Verweerder heeft aangegeven de behandeling met cetuximab en irinotecan uit coulance te vergoeden. Het Zorginstituut acht dit een goede oplossing.

Aanpassen G-standaard

Het Zorginstituut heeft naar aanleiding van de brief van verzoekster contact opgenomen met ZN en het CIBG. De G-standaard wordt binnenkort aangepast. Aan de indicatie wordt toegevoegd dat het een eerstelijns behandeling betreft.

Farmacotherapeutisch kompas

Ook de informatie op het farmacotherapeutisch kompas (FK) is niet van invloed op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Het FK bevat deskundige, onafhankelijke en actuele informatie over alle geneesmiddelen die in Nederland verkrijgbaar zijn. Het FK vermeldt de geregistreerde indicaties en bevat geen informatie over vergoeding van geneesmiddelen ten laste van de basisverzekering. Wel wordt bij de preparaattekst van het FK verwezen naar de beoordelingsrapporten van het Zorginstituut waarin de vergoedingsstatus ten laste van de basisverzekering wordt beschreven. De informatie op het FK over de toepassing van cetuximab is correct. (...)"

4. Geschil

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

- (i) verzekerde aanspraak had op de oncologische behandelingen die hij in Duitsland heeft ondergaan en de ziektekostenverzekeraar de hiermee samenhangende kosten moet vergoeden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar niet aan zijn informatieplicht jegens verzoekster heeft voldaan;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar de kosten van rechtsbijstand aan verzoekster moet voldoen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneeskundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Daarnaast zijn hierin de toepasselijke bepalingen uit de Europese Verordening nr 883/2004 vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Europese Verordening

6.2. Verzekerde is naar een andere EU-lidstaat - namelijk Duitsland - gegaan om daar zorg te ontvangen. In die situatie is sprake van planbare zorg. Op grond van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van deze zorg op basis van het sociale zekerheidsstelsel van een andere EU-lidstaat als de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en deze zorg niet binnen een medische verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat de verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen aan de

ziektekostenverzekeraar. Doet een verzekerde dit laatste niet dan blijft de verordening buiten toepassing. Dit volgt uit jurisprudentie van het Hof van Justitie (arrest Stamatalaki, zaak C-444/05).

- 6.3. De commissie overweegt dat gesteld noch gebleken is dat verzekerde voorafgaand aan de behandelingen in Duitsland hiervoor toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent dat artikel 20 Vo. nr. 883/2004 buiten toepassing blijft. Rest de vraag of verzekerde aanspraak had op de zorg die hij in Duitsland heeft ondergaan op grond van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.

Zorgverzekering

- 6.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de ingediende declaraties ten onrechte heeft afgewezen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de behandeling die verzekerde heeft ondergaan geen algemeen geaccepteerde behandeling. Dit betwist verzoekster. Zij verwijst daarbij naar het rapport dat het Zorginstituut op 10 augustus 2017 heeft uitgebracht ten aanzien van de middelen Irinotecan en Cetuximab. Volgens verzoekster blijkt uit het rapport dat deze middelen - ook in combinatie met elkaar - bewezen effectief zijn. Dit blijkt overigens ook uit de registratietekst bij het middel Irinotecan zoals opgenomen op de website van het College ter beoordeling van geneesmiddelen. Daarbij wijst verzoekster erop dat het doseringsschema dat is vermeld op laatstgenoemde website in het geval van verzekerde ook is gevolgd. Daarnaast heeft verzoekster aangevoerd dat sinds 2012 meerdere studieresultaten zijn gepubliceerd over het middel Zelboraf. Verder is in 2018 een overzichtsartikel verschenen in het vakblad Gastro Intest Cancer waarin de combinatiecocktail van voornoemde middelen uitdrukkelijk is vermeld. Overigens merkt verzoekster op dat het toenmalige College voor Zorgverzekeringen reeds in 2008 heeft geoordeeld dat hypertermie in bepaalde situaties moet worden vergoed. In PUBMED zijn hierover ook ruim 100.000 artikelen te vinden. Uit dit alles blijkt dat de behandelingen die verzekerde heeft ondergaan gebruikelijk en bewezen effectief zijn bij de behandeling van darmkanker. Verder heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar zich erop beroept dat de behandelend arts in Duitsland de zorg niet mocht verlenen, omdat hij geen oncoloog is. Ook dit wordt door haar betwist. Door wie en waar geneeskundige zorg moet worden verleend is niet bij wet vastgelegd. Het staat de ziektekostenverzekeraar wel vrij eventuele bepalingen hierover op te nemen in de verzekeringsvoorwaarden. Op pagina 5 van de voorwaarden is vermeld dat de zorgverlener bevoegd moet zijn, een goede opleiding en voldoende kennis op zijn vakgebied moet hebben. In artikel A.17.2. van deze voorwaarden is opgenomen dat een zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de wetten, regels en eisen die in dat land aan zijn beroep zijn gesteld. Dat de behandelend arts in Duitsland niet aan deze voorwaarden voldoet, is door de ziektekostenverzekeraar niet aangetoond. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar contact heeft gehad met de Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA), maar dat hieruit niet is af te leiden dat de zorg die verzekerde heeft ondergaan niet voor vergoeding in aanmerking komt. Ook blijkt uit dit contact niet dat de behandelend arts in Duitsland de zorg niet mocht leveren. Hierop kan de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing dus niet baseren. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar niet voldaan aan zijn informatieplicht, als vermeld in artikel 20 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' van de Nederlandse Zorgautoriteit. Hieruit volgt namelijk dat een eventuele afwijzing van een declaratie duidelijk, volledig, juist, tijdig en begrijpelijk onderbouwd moet zijn. Aangezien de ziektekostenverzekeraar in de heroverweging van 4 oktober 2019 niet ingaat op alle punten die door verzoekster zijn aangedragen en hij daarnaast afwijzgronden gebruikt die niet aansluiten bij de verzekeringsvoorwaarden, wordt aan de voorwaarden uit de genoemde regeling niet voldaan. Tot slot heeft verzoekster aangevoerd dat zij door de complexe materie en de uiteenlopende reacties van de ziektekostenverzekeraar niet in staat was haar belangen zelfstandig goed te behartigen. Om die reden is zij aangewezen op rechtsbijstand. Zij is van mening dat de ziektekostenverzekeraar de hiermee gemoeide kosten - op 29 oktober 2019 door verzoekster begroot op € 4.872,37 - aan haar dient te voldoen.

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat om te beoordelen of een behandeling kan worden aangemerkt als verzekerde zorg in het kader van de Zvw strikte voorwaarden gelden ten aanzien van de onderbouwing van de effectiviteit. Vaste werkwijze is dat voor het beoordelen of zorg voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' de principes van evidence-based medicine (EBM) worden gevolgd. De kern van EBM is dat de beschikbare evidence - die uiteen kan lopen van gerandomiseerd vergelijkend onderzoek tot praktijkervaring - systematisch wordt gezocht en geselecteerd en op gestructureerde wijze wordt gewogen en gebruikt. EBM heeft als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit in de afweging het zwaarste weegt. Het begrip 'de stand van de wetenschap en praktijk' heeft een normatief karakter. 'Praktijk' is daarom niet: 'dat wat individuele professionals (gewoonlijk) feitelijk aan zorg leveren'. Evenmin gaat het bij 'praktijk' om de mening van individuele behandelaars (en individuele patiënten) over de waarde van de interventie. Wat eventueel meegenomen wordt in de afweging is dat wat de beroepsgroep als geheel maatgevend vindt respectievelijk als juiste behandelwijze beschouwt. Hyperthermie als zodanig is in de wetenschappelijke literatuur uitgebreid beschreven en ook zijn er enkele standpunten van het Zorginstituut Nederland waarin wordt weergegeven dat er voldoende wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van hyperthermie in combinatie met chemotherapie bij bepaalde oncologische aandoeningen. Op de website van het Centrum Hyperthermie Amsterdam is hierover vermeld: *"Bij vier soorten kanker is aangetoond ('evidence based') dat hyperthermie nuttig is (borstkanker, baarmoederhalskanker, melanomen en sarcomen). Bij andere soorten kanker zijn er nog lopende of afgeronde onderzoeken (fase I en II) die aanwijzing geven dat hyperthermie de uitkomst van behandeling kan verbeteren in curatieve en palliatieve zin."* Uit het voorgaande blijkt dat onvoldoende wetenschappelijk bewijs voorhanden is, waaruit volgt dat hyperthermie bij gemetastaseerde darmkanker kan worden aangemerkt als verzekerde zorg in het kader van de Zvw.
- 6.6. De commissie overweegt het volgende. Op grond van artikel 2.4, eerste lid, Bzv en de daarop gebaseerde verzekeringsvoorwaarden omvat geneeskundige zorg, zorg zoals onder meer medisch specialisten die plegen te bieden. Verder geldt dat de zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg door de betrokken beroepsgroep wordt gerekend tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeken 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. Verzekerde heeft een behandeling ondergaan waarbij sprake was van systemische behandeling gecombineerd met hyperthermie van de lever. De vraag is of deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij de beoordeling hiervan richt de commissie zich naar het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469.
- 6.7. De commissie heeft het Zorginstituut in dit verband 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. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter moeten worden gemotiveerd.
- 6.8. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

- 6.9. Het Zorginstituut heeft de zorg die in geschil is beoordeeld. Het advies van 16 juli 2020 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie luidt dat hyperthermie bij de indicatie (permanent) niet resectabele levermetastasen van het colorectaalcarcinoom niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Ten aanzien van de systemische therapie concludeert het Zorginstituut dat de behandeling met chemotherapie op basis van irinotecan zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Gelet op het ziektebeloop van verzekerde, te weten de progressieve ziekte na inductietherapie (falen van oxaliplatin gebaseerde chemotherapie), én de aanwijzingen voor palliatieve setting in de Nederlandse behandelrichtlijn voor de indicatie van systemische therapie na falen van eerdere systemische behandeling met oxaliplatin, was verzekerde redelijkerwijs aangewezen op een volgende lijn systemische behandeling met chemotherapie gebaseerd op irinotecan. Hierbij is de keuze tussen combinatie chemotherapie of monotherapie geheel afhankelijk van de persoonlijke situatie van de patiënt. De combinatie van irinotecan met cetuximab voldoet echter niet aan de stand van wetenschap en praktijk en is geen zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. Vemurafenib is bij gemetastaseerd colorectaal carcinoom evenmin zorg die medisch specialisten plegen te bieden. De bij verzekerde toegepaste lokale (diepe) hyperthermie, en de geneesmiddelen cetuximab en vemurafenib vallen daarmee niet onder de dekking van de zorgverzekering. De commissie ziet in hetgeen door verzoekster is aangevoerd geen aanleiding af te wijken van het advies van het Zorginstituut en neemt de conclusies uit dit advies over.
- 6.10. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar - in afwijking van het voorlopig advies van het Zorginstituut - op 14 oktober 2020 per brief heeft verklaard dat hij bereid is de combinatie chemotherapie op basis van cetuximab en irinotecan te vergoeden uit coulance. In deze beslissing zal de commissie niet treden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.11. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de behandeling die verzekerde in Duitsland heeft ondergaan. Het verzoek kan om die reden niet wordt toegewezen op grond van deze verzekering.

Informatieplicht

- 6.12. In artikel 20 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010)' van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de regeling) is beschreven welke informatie een zorgverzekeraar tenminste aan een verzekerde moet verstrekken op het moment dat hij een aanvraag voor zorg of een declaratie van zorgkosten afwijst. Volgens het betreffende artikel moet de afwijzing schriftelijk plaatsvinden en ten minste de volgende punten bevatten:
- (i) een voor de verzekerde begrijpelijk geformuleerde reden van afwijzing;
 - (ii) een verwijzing naar een bestaande regel of voorwaarde(n) vanuit de polis waarop de afwijzing is gebaseerd;
 - (iii) de verzekerde moet erop worden gewezen dat nadere informatie ingewonnen kan worden;
 - (iv) de verzekerde moet erop worden gewezen dat hij/zij een klacht kan indienen bij de zorgverzekeraar als hij/zij het niet eens is met de afwijzing, en dat hij/zij de klacht tevens aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen kan voorleggen.
- 6.13. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar per brief van 2 mei 2019 heeft meegedeeld dat de kosten van de oncologische behandeling die verzekerde heeft ondergaan niet worden vergoed, omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook wordt uitgelegd wat hiermee wordt bedoeld en wordt nader ingegaan op de specifieke situatie van verzekerde. De commissie acht deze uitleg voldoende duidelijk. Wat echter ontbreekt, is een verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Ook ontbreekt de vermelding van de mogelijkheid een klacht in te dienen als betrokkene het niet eens is met de betreffende beslissing. Daarmee voldoet de brief van 2 mei 2019 niet aan de voorwaarden als vermeld in artikel 20 van de regeling.

- 6.14. Verzoekster heeft om heroverweging van de beslissing van 2 mei 2019 gevraagd en op 4 oktober 2019 een reactie van de ziektekostenverzekeraar hierop ontvangen. In deze reactie is - onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden - toegelicht dat de behandeling die verzekerde in Duitsland heeft ondergaan niet kan worden aangemerkt als geneeskundige zorg zoals internist-oncologen die plegen te bieden. Ook is beschreven hoe de ziektekostenverzekeraar tot die conclusie is gekomen. Naar het oordeel van de commissie is deze uitleg voldoende duidelijk. Verder is verzoekster er in de brief op gewezen dat het mogelijk is een klacht in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar of deze voor te leggen aan de SKGZ. Daarmee heeft de ziektekostenverzekeraar voldaan aan de bepalingen zoals opgenomen in artikel 20 van de regeling.
- Hoewel de commissie uit de stelling van verzoekster afleidt dat zij het niet eens is met de uitleg en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar en dat zij van oordeel is dat hij ten onrechte niet op alle argumenten is ingegaan die zij heeft aangedragen, betekent dit niet dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft voldaan aan zijn informatieplicht jegens verzoekster. Ook het feit dat achteraf is gebleken dat de conclusie van de ziektekostenverzekeraar deels onjuist was, maakt dit niet anders.

Schadevergoeding

- 6.15. Verzoekster voert aan dat zij gelet op de uiteenlopende reacties van de ziektekostenverzekeraar en de complexe materie haar belangen niet goed zelfstandig kon behartigen en dat zij om die reden een beroep op rechtsbijstand heeft moeten doen. Zij vordert deze kosten - door haar op 29 oktober 2019 begroot op € 4.872,37 - van de ziektekostenverzekeraar.
- De commissie kent op grond van het toepasselijke reglement geen schadevergoeding toe voor immateriële schade. De commissie kan wel een schadevergoeding toekennen voor materiële schade, mits aan de volgende voorwaarden is voldaan. In de eerste plaats moet sprake zijn van een causaal verband tussen het handelen of nalaten van de zorgverzekeraar en de ontstane schade. Dit causale verband staat in dit geval vast. Daarnaast moet zijn voldaan aan de 'dubbele redelijkheidstoets'. Dit betekent dat (i) het redelijk moet zijn dat de kosten zijn gemaakt en dat (ii) de omvang van de kosten eveneens redelijk is.
- De commissie overweegt dat uit de informatie in het dossier blijkt dat verzoekster eerst zelf uitvoerig met de ziektekostenverzekeraar contact heeft gehad over de onderhavige kwestie en dat zij zelfstandig de klachtenprocedure heeft doorlopen bij de ziektekostenverzekeraar. Weliswaar schrijft verzoekster in haar brief aan de ziektekostenverzekeraar van 9 juli 2019 dat zij dit laatste niet zonder hulp en ondersteuning had kunnen doen, maar niet is gebleken dat zij op dat moment reeds was aangewezen op professionele rechtsbijstand of dat deze namens haar optrad. Daarmee is niet aannemelijk geworden dat verzoekster niet in staat was haar eigen belangen zelf te behartigen en dat het noodzakelijk was professionele rechtsbijstand in te schakelen. Dit leidt tot de conclusie dat de gevorderde kosten niet in redelijkheid zijn gemaakt. De commissie ziet dan ook geen aanleiding te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar deze aan verzoekster moet voldoen. Wel ziet de commissie aanleiding te beslissen dat hij het entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden, omdat zij (deels) in het gelijk wordt gesteld.
- 6.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie stelt vast dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de combinatiebehandeling chemotherapie irinotecan met cetuximab te vergoeden uit coulance;

Verder beslist de commissie dat:



(ii) de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 2 mei 2019 niet voldoet aan artikel 20 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) van de Nederlandse Zorgautoriteit;



(iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;

(iv) hetgeen meer of anders is gevorderd wordt afgewezen.

Zeist, 23 december 2020,



L. Ritzema



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>)

20. Afwijzingsgronden

- 20.1 Wanneer de zorgverzekeraar een aanvraag voor vergoeding van zorg afwijst stuurt de zorgverzekeraar aan de verzekerde een afwijzingsbrief.
- 20.2 De afwijzing is in de afwijzingsbrief zodanig duidelijk onderbouwd, dat de verzekerde op grond van de informatie in de afwijzingsbrief zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is.
- 20.3 De afwijzingsbrief bevat ten minste de volgende punten:
- een voor de verzekerde begrijpelijk geformuleerde reden voor afwijzing;
 - een verwijzing naar een bestaande regel of voorwaarde(n) vanuit de polis waarom de afwijzing plaatsvindt;
 - de verzekerde moet erop gewezen worden dat er nadere informatie ingewonnen kan worden;
 - de verzekerde moet erop gewezen worden dat hij/zij een klacht kan indienen bij de zorgverzekeraar als hij/zij het niet eens is met de afwijzing, en de klacht tevens aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen kan voorleggen.

21. Transparantie over zorgplicht

- 21.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website:
- voor welke soorten zorg er normen van tijdigheid en bereikbaarheid gelden, waaronder de Treeknormen;
 - welke eigen normen de zorgverzekeraar daarnaast hanteert op het gebied van tijdigheid en bereikbaarheid;
 - wat de inhoud van deze normen is per type zorg.
- 21.2 De zorgverzekeraar vermeldt op de website de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling.

22. Vergoeding grensoverschrijdende zorg

- 22.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website welke voorwaarden er gelden voor het indienen van buitenlandse nota's en welke vergoedingen hiervoor gelden.
- 22.2 De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de mogelijkheden om op grond van EU-regels gebruik te maken van zorg in een andere EU-lidstaat door in ieder geval informatie over de twee procedures voor vergoeding van zorg die geleverd is in een andere EU-lidstaat op grond van Richtlijn nr. 2011/24/EU en Verordening (EG) nr. 883/2004 op de website te vermelden.
- 22.3 De zorgverzekeraar vermeldt op de website dat de verzekerde op grond van Richtlijn nr. 2011/24/EU zorg die verzekerd is vanuit de zorgverzekering in een andere lidstaat kan gebruiken en dat hierbij de vergoeding gelijk is aan de vergoeding bij zorggebruik in Nederland.

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. (...)*”

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 het Interimbesluit forensische zorg.
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.

Besluit zorgverzekering

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 gehemeltepleten, 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.

den, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

A.2.13. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze internetsite vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld ook als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en
- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en
- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden gelden bovenstaande eisen voor het krijgen van aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan deze eisen of andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.).

Op de internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl is de Regeling zorgverzekering te vinden

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvangen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuurt van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk; of
- een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank aan ons toestuurt waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aangeeft dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polisblad staat de ingangsdatum van uw verzekering.

A.4.2. Verzoek tot wijziging

Uw verzoek om bij ons een verzekering af te sluiten beschouwen wij ook als een verzoek van u om de bij ons lopende gelijksoortige verzekering te beëindigen.

Verzoekt u een andere zorgverzekeraar om daar een zorgverzekering af te sluiten dan beschouwen wij vanaf het moment dat wij een afschrift van dat verzoek ontvangen, datzelfde verzoek ook als een verzoek van u om de bij ons lopende zorgverzekering te beëindigen.

A.4.3. Verzekerd met terugwerkende kracht

Er zijn situaties waarin wij u met terugwerkende kracht inschrijven:

- als uw zorgverzekering ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- als u de verzekering bij ons afsluit binnen een maand nadat u uw verzekering bij een andere zorgverzekeraar hebt beëindigd omdat deze de verzekeringsvoorwaarden wijzigde, of omdat het jaar afliep. Uw (aanvullende) (zorg)-verzekering gaat bij ons in op de 1e dag nadat uw oude verzekering is geëindigd.

A.4.4. Verzekeringsduur

Uw verzekering duurt één volledig jaar, tenzij uw verzekering bij ons in de loop van het jaar start. In dat laatste geval loopt de verzekering tot 1 januari van het volgende jaar. Wij verlengen de verzekering daarna van jaar tot jaar. Dat vertellen wij u ieder jaar samen met de wijzigingen voordat de verlenging ingaat. Dan hebt u de gelegenheid om uw verzekering te wijzigen of te beëindigen.

A.5. Wanneer kunt u opzeggen of wijzigen?

A.5.1. Herroepen van uw nieuwe verzekering

Als u (verzekeringnemer) direct voorafgaand nog niet bij ons verzekerd was en een nieuwe verzekering hebt afgesloten, mag u die nieuw afgesloten verzekering kosteloos en zonder reden beëindigen door herroeping. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- U moet de herroeping schriftelijk indienen. Vermeld daarbij duidelijk uw naam, adres, woonplaats en welke verzekering u wilt herroepen.
- De herroeping moet binnen 14 dagen nadat uw nieuwe verzekering is ingegaan bij ons binnen

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG- VERZEKERING

B.1. Verzekerde zorg

B.1.1. Indeling verzekerde zorg

In dit hoofdstuk B staat welke zorg door de zorgverzekering is verzekerd:

- De verzekerde zorg is beschreven per artikel. Bijvoorbeeld huisartsenzorg in artikel B.3. of de verschillende onderdelen van medisch specialistische zorg in B.4.1. t/m B.4.15.
- Ook kan de verzekerde zorg bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Wij noemen dat "andere zorg", zie artikel B.1.2.

B.1.2. "Andere zorg"

Voor "andere zorg" genoemd in artikel B.1.1. gelden voorwaarden:

- de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
- de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
- wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".

B.1.3. Opname in ziekenhuis met meer klassen

Het is mogelijk dat u opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer verschillende (verpleeg)klassen kent. Dat kan in het buitenland het geval zijn. Dan geldt het verpleegtariaf bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

B.1.4. Begin en einde van recht op zorg

U hebt alleen recht op zorg waarop u volgens de verzekeringsvoorwaarden recht hebt als u die zorg hebt gehad in de periode dat deze zorgverzekering loopt. Als een DBC-zorgproductcode gedeclareerd wordt die begon voor de einddatum van uw zorgverzekering, dan gaan wij ervan uit dat de kosten daarvan zijn gemaakt tijdens de periode waarin uw zorgverzekering liep.

B.2. Buitenlandzorg

B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat

Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of

- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Voorbeeld:

U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. Als u bij ons vooraf zorgadvies vraagt, kunnen wij u vertellen:

- of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- of u in uw situatie redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen;
- of wij voor deze zorg zorgverleners in Nederland of in het buitenland kunnen vinden met wie wij (wel) een overeenkomst hebben gesloten;
- of u voor deze zorg moet bijbetalen. De kans bestaat dat u voor de behandeling in het buitenland een hoger tarief moet betalen dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Of u moet rekening houden met een bedrag dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel in dat land voor uw rekening blijft.

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of in Australië? Dan kunt u de European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedo-

nië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan in de meeste gevallen geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een bedrag voor uw rekening blijft. Dit kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan of tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie). Het aanvragen van de pas is gratis. Dit kunt u zelf doen via www.ehic.nl. Ook als u in het buitenland woont. Woont u in het buitenland en hebt u meeverzekerde gezinsleden? Dan kunt u via de internetsite van Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl voor hen de pas aanvragen

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat huisartsenzorg zoals huisartsen die plegen te bieden en omvat onder andere:

- gezondheidsadviesing;
- behandeling;
- laboratoriumonderzoek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- een MRI op aanvraag van de huisarts voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- preconceptiezorg. Dit omvat advisering op onder andere het gebied van:
 - gezonde voeding;
 - inname van vitamines;
 - (korte) adviezen over bijvoorbeeld stoppen met roken en alcohol- drugsgebruik;
 - geneesmiddelengebruik;
 - infectieziekten en vaccinaties;

- ziekten en zwangerschapscomplicaties.

Let op!

- De zorg omvat niet:
 - medische screening of check up, uitsluitend op verzoek van de verzekerde zonder dat daarvoor een medische noodzaak bestaat;
 - laboratoriumonderzoek uitgevoerd door een ziekenhuis- of zelfstandig laboratorium, ook al vindt dat plaats op verzoek van de huisarts. Dit onderzoek is geen huisartsenzorg maar is medisch specialistische zorg (zie artikel B.4.) en valt onder het eigen risico.
- Een MRI uitgevoerd door een ziekenhuis, ook al vindt dat plaats op verzoek van de huisarts, valt onder het eigen risico.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een huisarts of een zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep verleent de zorg (zoals een praktijkondersteuner, verpleegkundige of physician assistant).

De zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

U krijgt de zorg op een huisartsenpraktijk of huisartsenpost, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats. Onder uw tijdelijke verblijfplaats verstaan wij in dit geval niet een instelling voor medisch specialistische zorg en ook niet een verpleeghuis.

B.3.2. Overige huisartsenzorg

Zorg: waar hebt u recht op?

Het gaat hierbij om geneeskundige zorg die grenst aan huisartsengeneeskunde en waarover wij een zorgovereenkomst hebben gesloten met uw huisarts of waarvoor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) prestatiebeschrijvingen heeft vastgesteld in de Beleidsregel Overige geneeskundige zorg.

Deze zorg omvat onder andere:

- (kleine) chirurgische verrichtingen;
- therapeutische injectie (cyriax);
- inbrengen UID / implanteren of verwijderen implanonstaafje;
- audiometrie (onderzoek van het gehoor);

- ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
- dopplersonderzoek (vaatonderzoek);
- spirometrie (longfunctiemeting);
- koemelkallergietest;
- het leveren van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Consulten zijn vrijgesteld van eigen risico; overige kosten (vaccinatie, entstoffen, laboratoriumkosten en diagnostische onderzoeken) vallen wel onder het eigen risico.
- Een Mantouxtest in het kader van preventie voor een reis naar het buitenland valt niet onder dit artikel maar onder artikel D.2.3.

Voorwaarden

Algemeen

- Zie artikel B.3.1.
- De koemelkallergietest is een dubbelblinde voedselprovocatietest volgens de geldende JGZ richtlijn Voedselovergevoeligheid. Onder medisch toezicht wordt in 2 sessies testvoeding met of zonder koemelk toegediend waarbij noch de zorgverleners, noch u of uw kind weten welke voeding koemelk bevat.
- In het kader van het leveren van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten kan een Mantouxtest worden afgenomen. Hierbij kan sprake zijn van noodzaak tot verwijzen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden. De Mantouxtest kan uitsluitend op consultbasis gedeclareerd worden door een gecontracteerde GGD.

Zorgverlener

- De algemene zorg wordt geleverd door of onder de verantwoordelijkheid van een huisarts.
- De koemelkallergietest wordt uitgevoerd door een zorgverlener die werkt onder de verantwoordelijkheid van een jeugdarts en waarmee wij schriftelijke afspraken hebben gemaakt over het uitvoeren van deze test.
- De individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten wordt uitgevoerd door gekwalificeerde en landelijke geregistreerde artsen Registratie commissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG. Dit is bijvoorbeeld een arts infectieziektenbestrijding in dienst van een GGD.
- Het inbrengen IUD / implanteren of verwijderen implanonstaafje kan, naast de huisarts, ook worden gedaan door een verloskundige die geregistreerd is op de bekwaamheidslijst van de KNOV.

Verwijzing

U bent voor aanvang verwezen door een huisarts

of medisch specialist.

Plaats

- De koemelkallergietest vindt plaats in een instelling van de Jeugd Gezondheidszorg (JGZ) waarmee wij schriftelijke afspraken hebben gemaakt over het uitvoeren van deze test.
- De individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten vindt plaats op een locatie waarover wij afspraken hebben gemaakt met de betreffende zorgverlener.

B.3.3. Huisarts voor GGZ zorg

Zorg: waar hebt u recht op?

Huisartsenzorg omvat ook zorg op het gebied van Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en bestaat uit:

- zorg bij lichte psychische klachten (bijvoorbeeld depressie), als u (nog) geen psychische stoornis hebt die behandeld moeten worden in de Basis GGZ (zie artikel B.19.1.) of de Gespecialiseerde GGZ algemeen (zie artikel B.19.2.);
- preventieve zorg bij klachten op het gebied van een depressieve stoornis, een paniekstoornis of problematisch alcoholgebruik;
- zorg bij vermoeden van een lichte psychiatrische stoornis. De stoornis is niet complex, heeft een laag risico en de ziekteverschijnselen zijn van korte duur;
- zorg en begeleiding bij een stabiele chronische situatie in een GGZ problematiek met een laag risico en die niet crisisgevoelig is;

Let op!

De zorg omvat niet een psychische of psychiatrische stoornis waarvoor behandeling nodig is in de Basis GGZ (zie artikel B.19.1.) of Gespecialiseerde GGZ algemeen (zie artikel B.19.2.). De huisarts kan in die gevallen dan doorverwijzen.

Voorwaarden

Algemeen

Zie artikel B.3.1. In aanvulling op deze voorwaarden zijn de volgende voorwaarden van kracht:

- De zorg kan ook worden verleend via internet door middel van een programma dat wij hebben erkend.
- Om vast te stellen of een huisarts u kan behandelen zijn de uitkomst van een oriënterend onderzoeksformulier en een diagnostisch gesprek nodig.

Zorgverlener

Bij voorkeur wordt een huisarts ondersteund door de Praktijk Ondersteuner voor de huisarts specifiek voor de GGZ, (POH GGZ) als hij zorg bij lich-

te psychische klachten verleent.

B.4. Medisch specialistische zorg

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij in artikel B.19.2. en B.19.3.

In dit artikel komt ook mondzorg door een kaakchirurg voor. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.12., B.13. en B.14.

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij verschil tussen:

- Medisch specialistische zorg met opname (zie artikel B.4.2.);
- Medisch specialistische zorg zonder opname (niet-klinisch) (zie artikel B.4.3.);
- Plastische chirurgie (zie artikel B.4.5.);
- Medische revalidatie en geriatrische revalidatie (zie artikel B.4.6.);
- Orgaantransplantatie (zie artikel B.4.7.);
- Dialyse zonder opname (zie artikel B.4.8.);
- Mechanische beademing (zie artikel B.4.9.);
- Onderzoek naar kanker bij kinderen (zie artikel B.4.10.);
- Trombosedienst (zie artikel B.4.11.);
- Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing (zie artikel B.4.12.);
- Audiologische zorg (zie artikel B.4.13.);
- Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen (zie artikel B.4.14.);
- Second opinion (zie artikel B.4.15.);
- Echoscopie (zie artikel B.5.2.);
- Prenatale screening (zie artikel B.5.3.);
- Voorwaardelijke zorg (zie artikel B.22).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.:
 - liposuctie van de buik;
 - het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is

uitgevoerd of als er geen sprake is van agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);

- o het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- o behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- o sterilisatiebehandelingen;
- o behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
- o een medisch niet noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
- o correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
- o parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- o behandeling met een redressiehelm ingeval van plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.

Let op!

De volgende uitgesloten zorg kan wel verzekerd zijn in een aanvullende verzekering. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dit zo is. Het gaat hierbij om:

- Sterilisatie;
- Ongedaan maken van sterilisatie;
- Correctie van de oorstand;
- Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren);
- Cosmetische behandelingen;
- Behandeling tegen snurken;
- Vervanging van borstprothese;
- Behandeling met een redressiehelm.

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 3 x 365 dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch-chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Algemeen

Een opname komt maximaal 3 x 365 aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:

- wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
- wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen;
- wordt uw opname onderbroken voor weekenden en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

- Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten bent u voor aanvang van de behandeling door een tandarts verwezen.
- Als het gaat om zorg die verband houdt met zwangerschap en/of een bevalling mag u voor aanvang van de behandeling ook door een verloskundige zijn verwezen.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltespleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, be-

staande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek;
- inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) en direct daaraan verbonden kosten.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de geneesmiddelen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/ zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Een AED wordt door daartoe bevoegde en bewaarde personen ingezet. Dit hoeft geen zorgverlener te zijn zoals wij die in onze voorwaarden beschrijven.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u voor aanvang van de behandeling ook door een opometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemelt spleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.
- Voor gebruik van een AED is geen verwijzing nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

Gebruik van een AED kan op elke locatie plaatsvinden.

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslakte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij