

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202400066

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW U.A. te Schiedam,
 - 2) DSW Ziektekostenverzekeraar N.V. te Schiedam,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 4 mei 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 29 mei 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 9 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 juli 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 16 augustus 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024027044) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 augustus 2024 aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 1 september 2024 heeft verzoeker aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 5 september 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 november 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. Op 19 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 22 november 2024 aan verzoeker gezonden. Bij brief van 24 november 2024 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 4 december 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 4 december 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 16 augustus 2024 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie ook enkele vragen gesteld. Bij brief van 7 januari 2025 heeft het Zorginstituut de vragen van de commissie beantwoord en meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie hiervan is op 8 januari 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 10 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan

de commissie meegedeeld dat hij niet inhoudelijk zal reageren. Bij brief van 13 januari 2025 heeft verzoeker gereageerd op het definitief advies. Kopieën van deze reacties zijn op 14 januari 2025 aan de respectieve wederpartij gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top Westland (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Namens verzoeker zijn op 9 en 10 november 2023 bij de ziektekostenverzekeraar aanvragen ingediend voor vergoeding van hyperbare zuurstoftherapie.
- 2.3. Bij brieven van 15 en 16 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij op basis van de ingediende aanvragen geen goedkeuring kan geven voor hyperbare zuurstoftherapie.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 8 december 2023 heeft verzoeker aanvullende informatie naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 13 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 16 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 7 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat (i) de bij hem uitgevoerde behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, (ii) de ziektekostenverzekeraar daarom gehouden is het hiermee gemoeide bedrag van € 2.900,- te vergoeden, en (iii) artikel 15, twaalfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering - waarin is bepaald dat uitsluitend aan schriftelijke mededelingen van de ziektekostenverzekeraar rechten kunnen worden ontleend - niet rechtmatig is.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker in zijn brief van 4 mei 2024 toegelicht dat hij in oktober 2023 tinnitus heeft opgelopen na een geluidstrauma. Dit leidde tot een onleefbare situatie. Verzoeker is in contact gekomen met een medisch specialist van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen die succesvolle resultaten heeft behaald met hyperbare zuurstoftherapie. Ook in Nederland wordt hyperbare zuurstoftherapie bij tinnitus na geluidstrauma met succes toegepast, bijvoorbeeld in het UMC Amsterdam en het Antonius Ziekenhuis in Sneek. Voor het slagen van de behandeling was het van belang dat verzoeker hiermee binnen vijf dagen zou starten. Verzoeker heeft hiertoe op 9 oktober 2023 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, zodat hij op 10 oktober 2023 kon beginnen met de behandeling. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op dat moment geadviseerd om de behandeling in Nederland te laten uitvoeren. De aanvraag kon dan later als 'speciaal verzoek' worden beoordeeld. Ook is uitgelegd dat als verzoeker naar een ziekenhuis in Antwerpen zou gaan, de beoordeling voorafgaand aan de behandeling moest worden uitgevoerd. Van dezelfde medewerker heeft verzoeker de gegevens gekregen van de gecontracteerde zorgaanbieder Hyperbaar Geneeskundig Centrum (hierna: het HGC) in Rijswijk. Op 10 oktober 2023 is verzoeker daar gestart met de behandeling en deze heeft tot een positief resultaat geleid. Op 15 en 16 oktober 2023 zijn bij de ziektekostenverzekeraar aanvragen ingediend voor vergoeding van de kosten van de behandeling. De aanvraag van 15 oktober 2023 is vervolgens

door de ziektekostenverzekeraar ten onrechte niet meegenomen in de beoordeling. Volgens de ziektekostenverzekeraar was sprake van een dubbele aanvraag. Er is door hem daarom uitsluitend gekeken naar de aanvraag van 16 oktober 2023. Echter, juist de informatie behorende bij de aanvraag van 15 oktober 2023 is belangrijk. Onderdeel hiervan is namelijk de motivering van de behandelaar van het HGC.

- 3.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat de bij hem uitgevoerde behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit wordt door de ziektekostenverzekeraar ook niet betwist. Uit de brief van 13 december 2023 blijkt dat de ziektekostenverzekeraar blij is dat de behandeling een positief resultaat heeft gehad. Verder heeft verzoeker in dit verband verwezen naar verschillende bronnen waaruit blijkt dat met de behandeling positieve resultaten worden behaald. Een behandelaar van het Tinnitus Treatment & Research Center Antwerpen heeft bevestigd dat de behandeling bij verzoeker zinvol was. Ook de gecontracteerde zorgaanbieder HGC bevestigt de positieve resultaten. Op de website van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en Leuven worden eveneens positieve resultaten vermeld. Dat de behandeling succesvol is blijkt voorts uit een onderzoek uit 2015 en het bewijs van het Bennet onderzoek. Verzoeker heeft daarnaast gewezen op de website van het ministerie van Defensie. Hieruit blijkt dat hyperbare zuurstoftherapie wordt ingezet bij militairen met gehoorschade. Als de behandeling niet zou werken, zou deze ook niet worden toegepast door het ministerie van Defensie. Voorts heeft verzoeker opgemerkt dat de behandeling is geadviseerd door zowel de huisarts als de behandelend KNO-arts. Volgens de KNO-arts bestond er geen alternatief. Gelet op de ernst van de situatie heeft de huisarts verzoeker met spoed doorverwezen naar het HGC te Rijswijk en de KNO-arts.
- 3.4. Verzoeker bestrijdt de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat hij niet meer zorg mag vergoeden dan de minister heeft bepaald. Als dit al zo zou zijn, geldt dit alleen voor de zorgverzekering en niet voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor de zorgverzekering zal de minister bovendien alleen de minimale en niet de maximale zorg bepalen. Voor de aanvullende ziektekostenverzekering geldt dat verzekeraars zelf mogen beslissen welke zorg wordt vergoed. Dit staat los van de besluitvorming door de minister. De ziektekostenverzekeraar heeft alleen beoordeeld of de kosten van de uitgevoerde behandeling kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De aanvraag is daarnaast niet behandeld als een individuele aanvraag, ondanks dat dit wel aan verzoeker is toegezegd in het telefoongesprek van 9 oktober 2023. Verzoeker heeft gevraagd om een kopie van de opname van dit gesprek, maar de ziektekostenverzekeraar weigert deze over te leggen. De ziektekostenverzekeraar heeft de inhoud van de opname beschreven in een brief. In het gesprek kwam duidelijk naar voren dat niet alleen zou worden gekeken naar de voorwaarden van de zorgverzekering, maar dat de aanvraag als een 'speciaal verzoek' zou worden beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft zich hierbij ten onrechte op het standpunt gesteld dat alleen schriftelijke afspraken geldig zijn, met verwijzing naar de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoeker heeft ter zake aangevoerd dat mondelinge afspraken ook rechtsgeldig zijn. Een dergelijke voorwaarde mag daarom niet worden gesteld. Gelet op de ernst van de situatie gaat het niet om een standaardaanvraag. Het betrof een ernstige vorm van tinnitus. Dit blijkt ook uit de verwijzing van de huisarts en de KNO-arts. De situatie was dermate ernstig dat het leven van verzoeker was ontregeld. Verzoeker wilde niet verder met het leven. Door de behandeling zijn de klachten verdwenen. De behandeling heeft dus de extra kosten van zorg bespaard die zouden zijn opgekomen als hij had geprobeerd zich van het leven te beroven. Het betrof een levensbedreigende situatie. De ziektekostenverzekeraar lijkt de ernst ervan niet volledig te erkennen.
- 3.5. Verzoeker heeft verder opgemerkt dat een behandelaar van het HGC heeft bevestigd dat prednison oraal of intra-auriculair, waarvoor net zo veel bewijs bestaat als voor hyperbare zuurstoftherapie, wel wordt vergoed. Het is dus tegenstrijdig dat juist hyperbare zuurstoftherapie niet wordt vergoed.

- 3.6. In zijn brief van 1 september 2024 heeft verzoeker herhaald dat de aangevraagde behandeling wordt geadviseerd door artsen van het Universitair Ziekenhuis in Antwerpen en het HGC. Ook militairen van het ministerie van Defensie worden met succes behandeld. Verzoeker heeft hierbij aangevoerd dat de behandeling niet zou worden toegepast als deze niet zou werken. Volgens verzoeker blijkt uit de door hem overgelegde informatie dat hyperbare zuurstoftherapie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut bevestigt dit in het advies aan de commissie. Het Zorginstituut stelt dat deze therapie wordt voorgeschreven als rescue therapie in onderzoek. Hiervan was bij verzoeker sprake. Hij onderging de behandeling binnen vijf dagen en herstelde volledig. Verder blijkt uit het advies van het Zorginstituut dat de behandeling alleen kan worden uitgevoerd bij gehoordaling. Ook hiervan was bij verzoeker sprake. Zijn tinnitus ging namelijk gepaard met gehoordaling. Verzoeker bestrijdt het standpunt van het Zorginstituut dat het Cavaliere onderzoek en het Joshua onderzoek niet relevant zijn. In deze onderzoeken wordt wel degelijk vermindering van de klachten gemeld. Dat er volgens het Zorginstituut ook gesproken zou worden over behandeling na acuut gehoorverlies, maakt dit niet anders. Bovendien is de tinnitus bij verzoeker veroorzaakt door acuut geluidstrauma. Daarmee is ook gehoorverlies ontstaan. Dit kan worden bevestigd door de medisch specialisten van het Universitair Ziekenhuis in Antwerpen en het HGC. Het is bekend dat tinnitus een direct gevolg kan zijn van gehoorschade. Daarmee bestaat een duidelijk verband tussen de klachten en de oplossing daarvan. Dit blijkt ook uit de reeds overgelegde literatuur. Volgens het Zorginstituut betrof de behandeling van 150 militairen slechts een test. Echter, uit de informatie op de website van het ministerie van Defensie blijkt dat deze behandeling altijd wordt toegepast na een geluidstrauma. Bovendien wordt de behandelmethode wereldwijd ingezet na zogenaamd lawaaitrauma. Hyperbare zuurstoftherapie voor de behandeling van tinnitus door geluidstrauma wordt met succes toegepast bij het UMC in Amsterdam en het Antonius Ziekenhuis in Sneek. Het Zorginstituut stelt ten onrechte dat de indicatie van verzoeker niet voorkomt op de indicatielijst voor hyperbare zuurstoftherapie. Dit is namelijk wel het geval. Verzoeker heeft uitvoerig contact gehad met het Universitair Ziekenhuis in Antwerpen. De arts aldaar heeft verklaard dat hyperbare zuurstoftherapie bij vroegtijdig starten de tinnitus kan wegnemen.
- 3.7. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij, naast tinnitus, gehoorverlies heeft. Verder heeft hij aangevoerd dat het Zorginstituut onvoldoende heeft gekeken naar de door hem overgelegde informatie. Het Zorginstituut stelt ten onrechte dat alleen wordt gesproken over hyperbare zuurstoftherapie bij gehoorverlies en niet bij tinnitus. Op de website van het Universitair Ziekenhuis in Antwerpen wordt gesproken over de behandeling van tinnitus met hyperbare zuurstoftherapie. Hier is het volgende te lezen: *"Als tinnitus plots ontstaan is en ook gepaard gaat met gehoorsdaling (bv. na een lawaaitrauma of plotselinge gehoordaling, kan een therapie van corticosteroiden en hyperbare zuurstof de schade aan je binnenoor beperken"*. Ook in de andere overgelegde documenten wordt gesproken over de behandeling van tinnitus met hyperbare zuurstoftherapie. Zo wordt hier in het onderzoek "Remedies bij tinnitus veroorzaakt door lawaai" op ingegaan. De informatie op de website van het ministerie van Defensie over de 150 militairen die zijn behandeld geeft een vertekend beeld. Militairen worden nog steeds naar de ziekenhuizen in Sneek en Amsterdam gestuurd voor de behandeling van acute gehoorschade, namelijk klapschade, met hyperbare zuurstoftherapie. Als de behandeling geen zin zou hebben, zou de overheid deze ook niet inzetten voor militairen. Verzoeker heeft nogmaals benadrukt dat zijn situatie ernstig was. Op 5 oktober 2023 heeft hij acute gehoorschade opgelopen en tinnitus gekregen. Hij wilde uit het leven stappen. Als hij hiervoor had gekozen, had dit voor meer kosten gezorgd. Hij heeft nachtenlang wakker gelegen en op het internet gezocht naar een oplossing. Uit de verwijzing van de huisarts blijkt dat hyperbare zuurstoftherapie wordt geadviseerd. Ook noemt de huisarts 'tinnitus' en 'emotioneel' in de verwijzing. Volgens deze arts was het belangrijk dat verzoeker werd behandeld. Na behandeling is de verergerde tinnitus verdwenen. De chronische tinnitus is nog aanwezig, maar daar kan verzoeker mee leven. Uit een e-mailbericht van de behandelaar van het HGC blijkt dat er wel degelijk een gedegen literatuurstudie is gedaan die volgens hem alle relevante onderzoeken meeneemt. Voor

behandeling met prednison bestaat evenveel bewijs als voor hyperbare zuurstoftherapie. Hiervoor wordt wel toestemming gegeven, maar dit was, vanwege glaucoom, voor verzoeker geen optie. In zijn e-mailbericht van 1 februari 2024 noemt de behandelaar van het HGC de Cochrane review waarin wordt beschreven dat wel degelijk een verbetering wordt gezien bij acute tinnitusklachten. In zijn e-mailberichten - onder andere die van 11 oktober 2023 - heeft de arts van het Universitair Ziekenhuis in Antwerpen verklaard dat hyperbare zuurstoftherapie een verbetering kan geven van gehoorklachten.

In het onderzoek van de Universiteit Antwerpen wordt hyperbare zuurstoftherapie bij lawaaischade genoemd. De behandeling is effectief bij 49-85% van de gevallen, onder de voorwaarde dat binnen drie maanden met de behandeling wordt gestart. Nadat het percentage van 49 wordt genoemd op pagina 3 van het onderzoek, komt een spatie. Vervolgens wordt in een nieuwe alinea genoemd dat verder onderzoek nodig is. Het gaat dan dus om een andere behandeling waarnaar nog verder onderzoek moet worden gedaan.

Hyperbare zuurstoftherapie is een Nederlandse uitvinding die in België wordt erkend. Het ziekenhuis in Antwerpen heeft nauwe contacten met het ziekenhuis in Amsterdam. Als er te weinig onderzoek naar was gedaan, zou de zorg in België niet worden uitgevoerd. Daarnaast wordt de behandeling ook nog steeds door het ministerie van Defensie ingezet.

In een telefoongesprek met de ziektekostenverzekeraar is toegezegd dat de aanvraag zou worden behandeld als een 'speciaal verzoek'. De ziektekostenverzekeraar heeft steeds geweigerd de bandopname van dit gesprek over te leggen. In datzelfde telefoongesprek is verzoeker verteld dat hij zich moest laten behandelen in Rijswijk en niet in Antwerpen, omdat de behandeling in Antwerpen van te voren moest worden aangevraagd. De behandeling in Rijswijk kon achteraf worden aangevraagd. Die aanvraag zou dan worden beoordeeld door een zorgdeskundige. In de praktijk werd de aanvraag echter op de standaardwijze afgewezen, namelijk met een kort bericht dat de zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is iets anders dan wat verzoeker in het telefoongesprek is verteld.

Daarbij geldt dat mondelinge afspraken ook geldig zijn. Als een verzekerde informatie van een verzekeraar nodig heeft, gaat hij niet eerst in de voorwaarden kijken of het wel zin heeft om zijn verzekeraar te bellen. De ziektekostenverzekeraar kan wel in zijn verzekeringsvoorwaarden opnemen dat alleen schriftelijke afspraken geldig zijn, maar dat betekent niet dat een verzekerde niet mag afgaan op wat een verzekeraar in een telefoongesprek vertelt.

- 3.8. In zijn brief van 24 november 2024 heeft verzoeker herhaald dat hij vanaf de eerste afwijzing de ziektekostenverzekeraar meerdere malen heeft gevraagd om een kopie van de opname van het telefoongesprek van 9 oktober 2023. De ziektekostenverzekeraar heeft steeds geweigerd deze over te leggen. Inmiddels blijkt de opname niet meer beschikbaar te zijn. Dit is vreemd, aangezien de ziektekostenverzekeraar meerdere malen heeft verklaard dat hij de opname van het telefoongesprek opnieuw heeft beluisterd. De ziektekostenverzekeraar heeft geen uitleg gegeven over waar de opname is gebleven. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar die de zaak behandelt, heeft ter zitting verklaard de opname niet zelf te hebben beluisterd. Dit had wel moeten gebeuren. De medewerker is uitgegaan van de verklaring van een collega. De ziektekostenverzekeraar lijkt de zaak te verdraaien. Eerst weigert hij een jaar lang de opname over te leggen. Gedurende de procedure bij de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar voor het eerst verklaard dat de opname niet meer beschikbaar is. Dit is juridisch niet mogelijk en is ook verdacht. Dat de opname niet meer beschikbaar is, kan geen toeval zijn. Dit kan worden gezien als een schuldbekentenis aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar. Het had op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen de opname te bewaren tot de klacht van verzoeker was opgelost. Dit zou hij alleen niet doen als hij iets te verbergen had over onder meer de inhoud. Door het niet bewaren van de opname is de ziektekostenverzekeraar ernstig in gebreke gebleven. Dit geldt temeer omdat de inhoud van het telefoongesprek in geschil is. Het lijkt erop dat de ziektekostenverzekeraar niet wil dat de opname openbaar wordt gemaakt. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de aanvraag in eerste instantie is afgewezen met een korte brief, omdat gebruik wordt gemaakt van een geautomatiseerd systeem. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat uitvoerig naar de aanvraag is gekeken. Dit is tegenstrijdig. Nergens blijkt uit dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag inderdaad uitvoerig heeft beoordeeld. Pas bij de heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de stukken uitvoerig zijn bekeken. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar ter

zitting verklaard dat hij niet betwist dat de behandeling effect heeft gehad. Volgens verzoeker heeft hij nooit gezegd dat de ziektekostenverzekeraar heeft ontkend dat de behandeling zou hebben geholpen. Verzoeker heeft zich op het standpunt gesteld dat onderzoeken van experts, dokters, ziekenhuizen, en ministerie van Defensie bevestigen dat de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast heeft de behandeling bij verzoeker een positief effect gehad.

Met zijn e-mailbericht van 19 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op het verzoek om het overleggen van de opname en het verzoek om vergoeding uit coulance. Dit betreft een korte reactie zonder enige toelichting. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte gesteld dat geen factoren aanwezig zijn die maken dat sprake is van een uitzonderlijke situatie. Door verzoeker is in dit verband evenwel het nodige genoemd.

Verzoeker heeft voorts opgemerkt dat de situatie betreuenswaardig is. Met de opname van het telefoongesprek heeft de ziektekostenverzekeraar een fout gemaakt. Vervolgens weigert hij de kosten te vergoeden uit coulance.

- 3.9. In zijn brief van 13 januari 2025 heeft verzoeker de eerder ingenomen standpunten herhaald. Daarnaast heeft hij gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut van 7 januari 2025. Volgens verzoeker heeft het Zorginstituut niet volledig gereageerd op zijn verzoek en de onderliggende argumenten. Zo is het Zorginstituut niet ingegaan op de stelling van verzoeker dat het gaat om een methode die alleen in 2022 plaatsvond. Ook heeft het Zorginstituut de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte niet bij het advies betrokken, ondanks dat verzoeker deze wel heeft afgesloten en de ziektekostenverzekeraar zich hieraan dient te houden. Gelet op de complexiteit van de zaak, kan de behandeling mogelijk worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarbij heeft het Zorginstituut de mondelinge afspraken tussen partijen niet meegenomen in zijn advies. Dit is vreemd, aangezien de ziektekostenverzekeraar weigerde om de opname van het telefoongesprek over te leggen. Het Zorginstituut stelt verder ten onrechte dat bij het Finousist artikel geen verwijzingen staan. Bij dit artikel worden voldoende bronnen, links, namen en artsen genoemd. In dit verband heeft verzoeker opgemerkt dat de links in de brieven van het Zorginstituut niet werken. Hierdoor is het advies van het Zorginstituut niet controleerbaar en ook niet reëel. Volgens het Zorginstituut is het in eerste instantie aan de ziektekostenverzekeraar om te bepalen of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Echter, de ziektekostenverzekeraar is niet onafhankelijk. Daarbij komt dat de ziektekostenverzekeraar zich steeds op het standpunt stelt dat van hogerhand wordt bepaald welke zorg wordt vergoed.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hyperbare zuurstoftherapie bij tinnitus niet voor vergoeding in aanmerking komt. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 13 december 2023 aangevoerd dat de overheid heeft bepaald welke zorg een zorgverzekeraar mag vergoeden en onder welke voorwaarden. Een zorgverzekeraar mag niet meer vergoeden dan bij wet is vastgelegd. In artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekeringen staat dat zorg kan worden vergoed als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is ook opgenomen in artikel 2, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Met het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' wordt het verzekerde pakket beperkt tot die zorg waarvan op de effectiviteit mag worden vertrouwd. Als dit nog onzeker is, kan de zorg niet tot het verzekerde pakket worden gerekend. Het Zorginstituut beoordeelt of bepaalde behandelingen tot het verzekerde pakket behoren en heeft dit ook gedaan voor hyperbare zuurstoftherapie bij tinnitus. De conclusie was dat de behandeling bij deze indicatie geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk betreft. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is er om die reden geen sprake van een behandeling die tot het verzekerde pakket behoort. Dat de behandeling in het geval van verzoeker succesvol is gebleken, is onvoldoende om tot de conclusie te komen dat hyperbare zuurstoftherapie bij tinnitus als zodanig voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

- 4.2. In zijn brief van 5 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in het telefoongesprek op 9 oktober 2023 niet aan verzoeker is toegezegd dat hij een vergoeding zou krijgen voor de behandeling. Ook mocht hij hierop niet vertrouwen. Tijdens het gesprek is aan verzoeker uitgelegd: "Als het in Nederland is en het valt onder de indicaties en onder verzekerde zorg, dan is er kans op vergoeding".
- 4.3. In zijn brief van 9 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak geeft op vergoeding van hyperbare zuurstoftherapie bij tinnitus. Een inhoudelijke toetsing aan de hand van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is daarom niet aan de orde. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in artikel 15, twaalfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat uitsluitend schriftelijke mededelingen geldig zijn en dat geen rechten kunnen worden ontleend aan mondelinge uitleg. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar drie bindende adviezen van de commissie (SKGZ 202200995, 202101075 en 202100559). Hieruit volgt dat een dergelijke voorwaarde mag worden opgenomen. Aan verzoeker is geen vergoeding toegezegd met betrekking tot de aangevraagde behandeling, ook mocht hij niet erop vertrouwen dat de kosten zouden worden vergoed.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat uit de samenvatting van de bandopname blijkt dat verzoeker de garantie heeft gekregen dat de aanvraag wordt beoordeeld. Als de behandeling in Nederland is uitgevoerd en aan de voorwaarden is voldaan, kan de behandeling misschien voor vergoeding in aanmerking komen. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat bij iedere aanvraag wordt beoordeeld of aan de geldende voorwaarden is voldaan. Dat verzoeker baat heeft gehad bij de behandeling, wordt niet betwist. Dit betekent echter niet dat ook aan de geldende voorwaarden is voldaan en dat de kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Het feit dat zorg voor één of een aantal patiënten werkt, betekent niet dat sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er moet voldoende en gedegen wetenschappelijk onderzoek zijn gedaan. Op dit moment is geen sprake van verzekerde zorg. Dit zou in de toekomst anders kunnen zijn, maar de ziektekostenverzekeraar is gebonden aan de huidige voorwaarden. Voor verschillende indicaties voldoet hyperbare zuurstoftherapie aan de stand van de wetenschap en praktijk, maar dit geldt niet voor de indicatie van verzoeker. Het is mogelijk dat mensen buiten de boot vallen. Dan kan niet in alle gevallen een coulancevergoeding worden toegekend. Daarmee zou tekort worden gedaan aan de zorg die wel deel uitmaakt van het basispakket.
- 4.5. In zijn e-mailbericht van 19 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de opname van het telefoongesprek van 9 oktober 2024 niet meer beschikbaar is. Verder ziet hij geen aanleiding tot vergoeding uit coulance. Er zijn in het onderhavige geval geen factoren die maken dat sprake is van een uitzonderlijke situatie waardoor een (gedeeltelijke) vergoeding aan de orde is.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 16 augustus 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag die in dit geschil centraal staat is of de behandeling van tinnitus met HBOT voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.

HBOT

Tinnitus is geluid horen dat er niet is (zoals ruisen, piepen of fluiten). Blootstelling aan (te veel) lawaai kan tinnitus veroorzaken. Tinnitus komt voor bij ongeveer twee miljoen Nederlanders en tien procent daarvan heeft er veel last [van]. Bij enkele tienduizenden mensen veroorzaken de klachten psychosociale problemen.

Tinnitus of verergering van tinnitus zonder gehoorverlies moet onderscheiden worden van tinnitus die kan optreden in het kader van acuut gehoorverlies. Voorwaarde bij (acuut) gehoorverlies is dat het gehoorverlies minstens 30dB bedraagt.

Bij HBOT ademt een patiënt 1,5 uur lang 100% zuurstof in. Dit gebeurt in een ruimte met een verhoogde omgevingsdruk, overeenkomend met een duik tot vijftien meter diepte. Tijdens de benodigde behandelingen krijgt het aangedane orgaan een zeer grote hoeveelheid zuurstof. Deze grote hoeveelheid zuurstof kan functieverbetering van het aangedane orgaan geven. HBOT is verzekerde zorg bij bepaalde indicaties.

B[e]oordeling 'stand van wetenschap en praktijk'

Het in de Zvw gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' betreft één geïntegreerde wettelijke maatstaf, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, verenigd zijn. Bij de beoordeling of zorg voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' wordt, zoals aangegeven in het rapport Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk, uitgegaan van de principes van evidence based medicine (EBM). Hierbij wordt op gestructureerde wijze een literatuuronderzoek gedaan naar wetenschappelijke studies naar de te beoordelen behandeling.

Een positieve ervaring van één of enkele patiënten en behandelaars met een bepaalde behandeling is niet voldoende om te kunnen vertrouwen op de effectiviteit van een behandeling. Het effect moet namelijk ook zijn aangetoond in goed opgezette wetenschappelijke studies, en voor wat betreft toepassing in de praktijk blijkt dit veelal uit (onderbouwde) richtlijnen, consensusdocumenten of zorgstandaarden.

In eerste instantie is het aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of zorg voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Uit het dossier is op te maken dat verweerder dit heeft beoordeeld.

Om te beoordelen of HBOT bij tinnitus voldoet aan 'stand van de wetenschap en praktijk' heeft het Zorginstituut een inventarisatie gedaan van (internationale) richtlijnen en wetenschappelijke publicaties met betrekking tot deze diagnose behandel combinatie. Het laatste (negatieve) standpunt van het Zorginstituut over HBOT bij tinnitus dateert uit 2009. In 2019 is het standpunt voor specifieke indicaties, maar niet voor tinnitus, verder uitgewerkt. Daarom is de huidige inventarisatie gedaan vanaf 2009 tot heden.

Richtlijnen

De Nederlandse specialistenrichtlijn tinnitus van de NVKNO uit 2016 beveelt onder andere de volgende reguliere behandelingen van tinnitus aan: tinnitus retraining therapie, cognitieve gedragstherapie of cochleaire implantatie [aan]. HBOT wordt als een alternatieve, en niet bewezen effectieve, therapie beschouwd bij tinnitus.

Verder is in buitenlandse richtlijnen gezocht naar de behandeling van tinnitus met HBOT. In de publicatie van de Tenth European Consensus Conference on Hyperbaric Medicine uit 2017, wordt sterk aanbevolen om HBOT niet te gebruiken bij tinnitus. De Engelse NICE guideline tinnitus uit 2020 maakt geen melding van HBOT als mogelijke therapeutische optie. Ook de Amerikaanse specialistenrichtlijn Tinnitus van de American Academy of Otolaryngology, Head and Neck Surgery uit 2014 bespreekt de optie van behandeling van tinnitus met HBOT niet.

Wetenschappelijke publicaties

In geval van HBOT bij (acute) tinnitus is gerandomiseerd vergelijkend onderzoek van voldoende grootte noodzakelijk en daarnaast haalbaar, gezien het feit dat tinnitus vaak voorkomt en het gegeven dat het een niet-invasieve behandeling betreft. Het Zorginstituut heeft gezocht naar randomized controlled trials (RCT's) en systematische reviews van RCT's over HBOT bij tinnitus. Een RCT houdt in dat een groep patiënten die een nieuwe behandeling krijgt, wordt vergeleken met een groep patiënten die de nieuwe behandeling niet krijgt. Patiënten worden door middel van loting toegewezen aan een van de groepen. Enkele blinding betekent dat een patiënt niet weet in welke groep hij behandeld wordt. Dubbele blinding betekent dat de arts die de gegevens verzamelt ook niet weet welke behandeling de patiënt krijgt.

Op 19 juli 2024 werd door het Zorginstituut een literatuursearch uitgevoerd in de databases Embase, Medline en Cochrane Central. Er werd gezocht op literatuur vanaf 2009 (publicatie) over klinische studies en richtlijnen met betrekking tot de behandeling van (acute) tinnitus met HBOT. De zoekactie leverde 100 artikelen op. De meeste artikelen betroffen acuut gehoorverlies, andere indicaties voor HBOT of andere behandelingen bij tinnitus. Uiteindelijk werden een beschrijvende review, een systematische review met meta-analyse en een niet gerandomiseerde vergelijkende klinische studie gevonden.

In de beschrijvende review van Baldwin uit 2009 werden de oorzaak van tinnitus en de geschiedenis van klinische behandeling met HBOT besproken vanaf de jaren 90 van de vorige eeuw. De conclusie was dat HBOT wellicht tinnitus verbetert, maar dat de mate van verbetering onduidelijk is. Aanbevolen werd om grote gerandomiseerde trials van goede methodologische kwaliteit uit te voeren.

De systematische Cochrane review 'Hyperbaric oxygen for idiopathic sudden sensorineural hearing loss and tinnitus' van Bennett dateerde van 2012. Aan de hand van de data van patiënten met acute tinnitus werd een meta-analyse verricht op de uitkomsten 'mean change in tinnitus score' (0-10), en 'reported improvement in tinnitus' (ja/nee). Voor de uitkomst 'mean change in tinnitus score' werden data van één gerandomiseerde studie met 33 patiënten geanalyseerd. De gemiddelde afname van de tinnitus score in de interventiegroep (N = 16) was -4, die in de controlegroep (N = 17) was -3.6. Het verschil in afname van de tinnitus score tussen beide groepen leek niet significant (geen toetsresultaten in de Tabel). Voor de uitkomst 'reported improvement in tinnitus' werd ook één RCT geanalyseerd. In de interventiegroep rapporteerden 9 van de 16 patiënten verbetering van de tinnitus, in de controlegroep 3 van de 9 patiënten. De verbetering van tinnitus was in het voordeel van HBOT (relatieve risico 1.69 [95% betrouwbaarheidsinterval 0.61, 4.68], maar deze was niet statistisch significant. De conclusie luidde onder meer dat het niet mogelijk was om een gepoolde analyse uit te voeren op HBOT bij acute tinnitus, aangezien het slechts één studie betrof. Daarnaast waren de patiënten aantallen laag en waren er methodologische tekortkomingen. Er was dan ook geen bewijs van een effect van HBOT op acute tinnitus. Het gebruik van HBOT werd dan ook niet aanbevolen in deze patiëntengroep.

Holy vergeleek in 2016 in een prospectieve vergelijkende niet gerandomiseerde klinische trial het effect van behandeling van patiënten met tinnitus zonder gehoorverlies met betahistine dihydrochloride en HBOT gecombineerd met ginkgo biloba extract. In de groep met betahistine dihydrochloride verbeterde de tinnitus bij 28.2% van de patiënten (bij 9.7% was de tinnitus geheel weg). In de groep met HBOT en ginkgo biloba extract verbeterde de tinnitus met 41.8% (bij 5.4% was de tinnitus geheel weg). De intensiteit van tinnitus nam in de groep betahistine dihydrochloride af van 36.98 dB naar 33.43 dB. In de groep HBOT gecombineerd met ginkgo biloba extract nam de intensiteit van de tinnitus af van 41.36 dB naar 37.91 dB. In beide groepen was de afname van de intensiteit van tinnitus statistisch significant. De auteur concludeerde dat HBOT beschouwd kan worden als 'rescue therapy' als andere tinnitus behandelingen falen. Het Zorginstituut merkt op dat het hier geen RCT betreft, en dat onduidelijk is wat de bijdrage van HBOT aan de effectiviteit is, gezien de gecombineerde behandeling met ginkgo biloba extract.

Ingebrachte wetenschappelijke artikelen

Verder heeft verzoeker ter onderbouwing van zijn verzoek een aantal wetenschappelijke studies ingebracht. Het Zorginstituut merkt over deze studies het volgende op:

- Cavaliere M, De Luca P, Scarpa A, Strzalkowski AM, Ralli M, Calvanese M, Savignano L, Viola P, Cassandra C, Chiarella G, Di Stadio A. Combination of Hyperbaric Oxygen Therapy and Oral Steroids for the Treatment of Sudden Sensorineural Hearing Loss: Early or Late? *Medicina (Kaunas)*. 2022 Oct 10;58(10): 1421. doi: 10.3390/medicina58101421. PMID: 36295581; PMCID: PMC9611781.

Deze studie betreft HBOT bij acuut gehoorverlies, niet bij acute tinnitus.

- Joshua TG, Ayub A, Wijesinghe P, Nunez DA. Hyperbaric Oxygen Therapy for Patients With Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022 Jan 1; 148(1):5-11. doi: 10.1001/jamaoto.2021.2685. PMID: 34709348; PMCID: PMC8554691.

Deze studie betreft HBOT bij acuut gehoorverlies, niet bij acute tinnitus.

- Finoulst M, Vankrunkelsven P, Van Rompaey V, Van de Heyning P. Remedies bij lawaai-geïnduceerde tinnitus. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2015;71(7):487-90.

In dit artikel wordt HBOT genoemd als mogelijke behandeling voor acute tinnitus. Er worden wel effectiviteitspercentages genoemd (49-85% als binnen 3 maanden wordt gestart). De gegevens worden echter niet ondersteund met verwijzingen naar gepubliceerde klinische onderzoeken.

Ingebrachte website

Verder heeft verzoeker ter onderbouwing van zijn verzoek een aantal websites ingebracht. In het algemeen geldt voor de ingebrachte websites dat een positieve ervaring van een persoon of een behandelaar niet voldoende is om te kunnen concluderen dat de behandeling voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Daarnaast merkt het Zorginstituut het volgende op over de websites:

- <https://www.defensie.nl/actueel/nieuws/2022/09/21/genezinq-van-acutedoofheid-naknal-schoten-of-ontploffing-blijkt-mogelijk>

Er werden 150 militairen met succes behandeld met HBOT om schade na lawaaitrauma te beperken. Het is niet duidelijk of het hier om acuut gehoorverlies of tinnitus (of beiden) gaat. Ook ontbreken ondersteunende gepubliceerde studiegegevens.

- <https://www.uza.be/behandeling/hyperbare-zuurstoftherapie>

In de lijst met indicaties voor HBOT in dit ziekenhuis staat wel gehoorverlies genoemd, maar niet tinnitus.

- <https://www.uzleuven.be/nl/zoeken/paqe:1/term:acuteo20tinnitus/type:all>

Op deze website staat informatie over de diagnose en behandeling van tinnitus. Bij acute tinnitus staat dat binnen zeven dagen een behandeling moet worden opgestart. Echter, HBOT is alleen een optie als tinnitus gepaard gaat met gehoordaling.

Conclusie

Het Zorginstituut concludeert dat HBOT bij (acute) tinnitus niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de behandeling ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De behandeling van tinnitus met hyperbare zuurstoftherapie (HBOT) maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

- 5.2. In het definitief advies van 7 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

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

U vraagt het Zorginstituut in te gaan op de stelling van verzoeker dat er volgens de website van Defensie nog steeds militairen worden behandeld met hyperbare zuurstoftherapie. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Op de website van defensie staat een bericht uit 2022, waarin wordt aangegeven dat inmiddels 150 militairen van Defensie na een lawaaitrauma met goed resultaat zijn behandeld met HBOT. De behandeling moest dan wel in de acute fase zijn opgestart. De militairen hadden last van acute doofheid, maar niet duidelijk is of hier ook sprake was van tinnitus. Ook ontbreken ondersteunende gepubliceerde studiegegevens met betrekking tot het effect van de behandeling op een eventueel aanwezige tinnitus. Dit is reeds aangegeven in het voorlopig advies.

Verder heeft u het Zorginstituut gevraagd in te gaan op de stelling van verzoeker dat in de door verzoeker overlegde onderzoeken, anders dan het Zorginstituut stelt, niet alleen sprake is van gehoorschade maar ook van tinnitus. Het Zorginstituut neemt aan dat verzoeker de klinische studies van Bennett, Cavaliere en Joshua bedoelt. Laatstgenoemde twee studies presenteren klinische data over acuut gehoorverlies en behandeling hiervan met HBOT. Er worden bij deze studies geen metingen met betrekking tot een mogelijk aanwezige tinnitus verricht of gepresenteerd. In de systematische Cochrane review 'Hyperbaric oxygen for idiopathic sudden sensorineural hearing loss and tinnitus' van Bennett wordt aan de hand van de data van patiënten met acute tinnitus een meta-analyse verricht op de uitkomsten 'mean change in tinnitus score' en 'reported improvement in tinnitus'. De conclusie luidde onder meer dat het niet mogelijk was om een gepoolde analyse uit te voeren op HBOT bij acute tinnitus, aangezien het slechts één studie betrof. Daarnaast waren de patiënten aantallen laag en waren er methodologische tekortkomingen. Er was dan ook geen bewijs van een effect van HBOT op (chronische) tinnitus. Het gebruik van HBOT werd dan ook niet aanbevolen in deze patiëntengroep.

Tot slot vraagt u het Zorginstituut in te gaan op de stelling van verzoeker dat er bij hem sprake is van gehoordaling. Verzoeker geeft aan dat er ook sprake was van gehoordaling na het lawaaitrauma. Zoals op de door verzoeker aangeleverde Belgische website was aangegeven, zou HBOT bij tinnitus met gehoorverlies een optie zijn. Echter, ook HBOT bij acute doofheid voldoet niet aan de stand van wetenschap en praktijk. Deze zorg komt dus ook niet voor vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 7.2. De door verzoeker aangevraagde behandeling, te weten hyperbare zuurstoftherapie, betreft medisch specialistische zorg. Voor medisch specialistische zorg biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv.
- 7.3. Volgens verzoeker bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de behandeling, omdat deze door zijn behandelend arts is geadviseerd. De commissie overweegt in dit verband dat het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen ligt bij de behandelend arts. Als deze arts een medische indicatie stelt, is het vervolgens aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of (i) de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt (is voldaan aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk?'), (ii) bij betrokkene een verzekeringsindicatie bestaat (is diegene 'redelijkerwijs aangewezen op' de zorg of andere dienst en is voldaan aan de door de wetgever gestelde nadere voorwaarden ter zake?), (iii) is voldaan aan eventuele formele vereisten (zoals een verwijzing of toestemming van de zorgverzekeraar) en tot slot (iv) indien overeengekomen - de behandeling doelmatig is. Het enkele feit dat een behandelend arts een behandeling adviseert, betekent dus niet zonder meer dat deze behandeling ook voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.
- 7.4. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet in de eerste plaats worden beoordeeld of de in geding zijnde behandeling, te weten hyperbare zuurstoftherapie, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierbij merkt de commissie op dat verzoeker aanvankelijk heeft gesteld dat hij door een geluidstrauma (acute) tinnitus had opgelopen. Ter zitting heeft hij verklaard dat tevens gehoorschade was opgetreden. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie advies moet vragen aan het Zorginstituut voor zover het gaat om de verzekerde zorg en andere diensten op grond van de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft geen taak waar het de aanvullende ziektekostenverzekering, het beoordelen van mondelinge of schriftelijke toezeggingen, en het al dan niet toekennen van een coulancevergoeding betreft. Het Zorginstituut heeft, naast het adviseren van de commissie, de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 is zo'n richtlijn.

Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Dit betekent echter niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.

- 7.5. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat het op systematische wijze gezochte en geselecteerde bewijs (literatuur) op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.
- Voor het beoordelen of een interventie (diagnostiek of behandeling) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk wordt uitgegaan van relatieve effectiviteit. Dit betreft het geheel aan effecten op gunstige en ongunstige uitkomsten van de interventie bij de doelgroep in vergelijking met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:
- (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van patient, intervention, comparator, outcomes, time, settling, ook wel PICO(ts)-vragen;
 - (2) systematische literatuursearch;
 - (3) samenvatten van de evidence;
 - (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs; en
 - (5) van evidence naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.
- Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport van 11 april 2023 verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.
- 7.6. Het Zorginstituut heeft in eerste instantie een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot hyperbare zuurstoftherapie bij tinnitus. Het advies van 16 augustus 2024 bevat hiervan de uitkomst. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat hyperbare zuurstoftherapie bij (acute) tinnitus niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat verzoeker geen aanspraak kan maken op de aangevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering. Door verzoeker zijn publicaties overgelegd en hij heeft verwezen naar een aantal websites. Het Zorginstituut heeft deze informatie meegenomen in de beoordeling en is op basis hiervan niet tot een andere conclusie gekomen.
- Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat door het geluidtrauma tevens gehoorverlies was opgetreden. Volgens een door hem aangeleverde Belgische website zou hyperbare zuurstoftherapie bij tinnitus mét gehoorverlies een optie zijn. De commissie merkt hierover op dat het gehoorverlies volgens het Zorginstituut minstens 30 dB zou moeten bedragen. Uit de stukken blijkt hiervan niet. Voorts valt uit de beantwoording van de vragen van de commissie in het kader van het definitief advies van 7 januari 2025 op te maken dat ook indien een dergelijk gehoorverlies al aan de orde zou zijn, de behandeling met hyperbare zuurstoftherapie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- De commissie ziet in hetgeen verzoeker in dit kader verder heeft aangevoerd - zoals de positieve ervaringen van hem en verschillende anderen - geen reden om van de conclusies van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. De commissie overweegt in dit verband dat een positieve ervaring van één of enkele patiënten en behandelaars met een bepaalde behandeling

niet voldoende is om te kunnen spreken van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarbij geldt, zoals door het Zorginstituut is toegelicht, dat gerandomiseerd vergelijkend onderzoek van voldoende grootte haalbaar is. Of de - alternatieve - behandeling met prednison al dan niet een wetenschappelijke onderbouwing ontbeert, zoals door verzoeker is gesteld, is voor de beoordeling niet relevant. Het eerste onderdeel van het verzoek ligt daarmee voor afwijzing gereed.

Het voorgaande leidt tevens tot de conclusie dat verzoeker op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op vergoeding van de reeds uitgevoerde hyperbare zuurstoftherapie ten laste van de zorgverzekering.

- 7.7. Verzoeker heeft een aantal argumenten naar voren gebracht op basis waarvan de ziektekostenverzekeraar zijns inziens desalniettemin gehouden is de kosten van hyperbare zuurstoftherapie te vergoeden. Zo heeft hij gewezen op de ernst van de aandoening en het feit dat hij voornemens was zich van het leven te beroven. Als hij daartoe een poging had ondernomen, zouden hoge zorgkosten hiervan het mogelijke gevolg zijn. De commissie begrijpt dat de situatie na het geluidstrauma voor verzoeker heftig moet zijn geweest, maar merkt in dit verband op dat de zorgverzekering niet voorziet in de mogelijkheid van substitutie, ofwel het vergoeden van niet-verzekerde zorg op basis van de eventueel bespaarde kosten van wél verzekerde zorg. Op de mogelijkheid van een vergoeding in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt in het navolgende ingegaan.

Verder heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar op grond van de zorgverzekering méér mag vergoeden dan de wetgever heeft bepaald, omdat in de wetgeving slechts minimumeisen zijn opgenomen. De commissie merkt op dat hiervoor is toegelicht dat zorg en andere diensten slechts onder de dekking van de zorgverzekering vallen voor zover is voldaan aan de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Indien een zorgverzekeraar zou besluiten de dekking van de verzekering te verruimen, bijvoorbeeld door niet de eis op te nemen dat de zorg en overige diensten moeten voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', kwalificeert die verzekering niet als zorgverzekering. Degene die een dergelijke verzekering afsluit voldoet niet aan de wettelijke verzekeringsplicht, en voor de schade die hierdoor voor de verzekerde ontstaat is de aanbieder van deze verzekering aansprakelijk.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. Verzoeker heeft aangevoerd dat, gelet op de complexiteit van de zaak, mogelijk aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de behandeling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie volgt verzoeker hierin niet. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor medisch specialistische zorg en dus ook niet voor hyperbare zuurstoftherapie. Verzoeker heeft daarbij niet onderbouwd op welk artikel van de verzekeringsvoorwaarden hij zich baseert, hoewel dit onder de gegeven omstandigheden op zijn weg had gelegen.

Anders dan in het kader van de zorgverzekering, heeft de ziektekostenverzekeraar waar het gaat om de aanvullende ziektekostenverzekering de vrijheid zelf de premie en verzekeringsvoorwaarden te bepalen. Verzoeker heeft, bij het aangaan van de overeenkomst, met deze verzekeringsvoorwaarden ingestemd, en de verschuldigde premie is afgestemd op de geboden dekking. Niet valt in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar - enkel vanwege het feit dat het hem niet is verboden buiten de overeengekomen dekking te treden - gehouden zou zijn verzoeker tegemoet te komen door onverzekerde kosten toch te vergoeden. Ten aanzien van de mogelijkheid van een dergelijke coulancevergoeding is de commissie niet bevoegd, tenzij sprake zou zijn van willekeur, waarbij gelijke gevallen ongelijk worden behandeld. Dit is echter gesteld noch gebleken.

Uit het voorgaande volgt dat ook het tweede onderdeel van het verzoek moet worden afgewezen.

Artikel 15, twaalfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering

- 7.9. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag niet als 'speciaal verzoek' heeft beoordeeld, ondanks dat dit telefonisch werd overeengekomen. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar in dit verband ten onrechte verwezen naar artikel 15, twaalfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin is bepaald dat alleen schriftelijke afspraken rechtsgeldig zijn, aangezien ook mondelinge afspraken rechtsgeldig zijn.
- De commissie stelt vast dat partijen niet erover verdeeld zijn dat tijdens het telefoongesprek is besproken dat de aanspraak op vergoeding achteraf zou worden vastgesteld, als 'speciaal verzoek' (verzoeker) dan wel aan de hand van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (ziektekostenverzekeraar). Het staat vast dat door de ziektekostenverzekeraar in het gesprek geen vergoeding is toegezegd. De woorden 'speciaal verzoek' suggereren dat nog een beoordeling volgt, zodat evenmin kan worden gesproken van een rechtens te honoreren gewekt vertrouwen dat de kosten zouden worden vergoed. De vraag is dan ook slechts of de ziektekostenverzekeraar de achteraf ingediende aanvraag van verzoeker als 'speciaal verzoek' heeft beoordeeld. Uit de stukken blijkt dat het verzoek om vergoeding aanvankelijk via het geautomatiseerde systeem is afgewezen. Vervolgens is in het kader van de herbeoordeling echter uitgebreid getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Uit hetgeen door de ziektekostenverzekeraar ter zitting is verklaard maakt de commissie op dat de mogelijkheid van een onverplichte vergoeding weliswaar is overwogen, maar dat hiertoe geen aanleiding werd gezien. Niet valt in te zien wat de beoordeling als 'speciaal verzoek' - gegeven het kader van de verzekeringsovereenkomst - meer of anders zou moeten inhouden. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd ten aanzien van het beschikbaar stellen van de opname van het telefoongesprek neemt de commissie daarom voor kennisgeving aan.
- Onder deze omstandigheden heeft verzoeker geen belang bij een uitspraak over het derde onderdeel van zijn verzoek, aangezien het al dan niet rechtmatige karakter van de bepaling niet zal leiden tot een andere uitkomst van de inhoudelijke beoordeling van hetgeen telefonisch is besproken tussen partijen.

Slotsom

- 7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 januari 2025,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

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, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

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, geriatrie 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 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;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. 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;
 - 5°. 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 64

1. Het Zorginstituut bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11.
2. Het Zorginstituut kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven.

Artikel 114

- 1.** De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
- 2.** De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
- 3.** De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
- 4.** Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

Artikel 2 De grondslag van uw zorgverzekering

LID 1 DE BASIS

Deze zorgverzekering is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de Wet langdurige zorg (Wlz);
- e. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- f. het aanvraagformulier dat u heeft ingevuld.

Wij leggen de zorgverzekering vast in de polis en stellen deze polis jaarlijks aan u ter beschikking. Op het polisblad staat wie de verzekeringnemer en eventuele verzekerde(n) zijn.

LID 2 INTERPRETATIEVERSCHILLEN

Hoewel wij de polisvoorwaarden zo volledig en nauwkeurig mogelijk hebben geformuleerd, kunnen meningsverschillen ontstaan over de uitleg. In die situaties is de tekst van de relevante geldende wet- en regelgeving doorslaggevend.

LID 3 DE VERZEKERINGSPAS

Bij inschrijving ontvangen alle verzekerden die op het polisblad zijn genoemd, een eigen verzekeringspas. Op vertoon van deze pas kunt u terecht bij zorgaanbieders die zorg verlenen waar u volgens de polisvoorwaarden aanspraak op maakt. Op de achterzijde van de pas vindt u de EHIC (zie ook de Inleiding).

LID 4 AARD VAN UW ZORGVERZEKERING

Uw zorgverzekering is een combinatieverzekering. Dit betekent dat u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg (zie verder onder “Hoogte van de vergoeding”) en volledig vrij bent in de keuze van zorgaanbieder. Wel contracteren wij zoveel mogelijk zorgaanbieders om afspraken te maken over de te leveren kwaliteit en de prijs voor de behandeling. Op die manier dragen wij bij aan de betaalbaarheid en daarmee de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg. In onze polisvoorwaarden maken wij ten aanzien van onze vergoedingen daarom een onderscheid tussen zorg die wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder en zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u naar een zorgaanbieder gaat met wie wij een overeenkomst hebben voor die behandeling, betalen wij onze vergoeding rechtstreeks uit aan de zorgaanbieder en ontvangt u geen nota. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan dient u zelf de nota aan uw zorgaanbieder te voldoen en betalen wij vervolgens - nadat u de nota bij ons heeft ingediend - aan u de door ons vastgestelde vergoeding uit. Als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een tarief in rekening brengt dat hoger is dan de door ons vastgestelde vergoeding, dan krijgt u dus niet het volledige bedrag vergoed. Voor al onze vergoedingen verwijzen wij u naar onze website.

Zie de [Zorgzoeker](#) op onze website om zorgverleners te zoeken met wie wij afspraken hebben gemaakt. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

LID 5 INHOUD EN OMVANG VAN ZORG

In deze polisvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt 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.

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

Onder de zorg en diensten vallen ook de zorg en diensten die door de wetgever voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket. Welke zorg en diensten voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket is nader omschreven in artikel 19 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 3 Werkgebied

De zorgverzekering wordt overeengekomen met of voor verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland en met of voor verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen. In de Zorgverzekeringswet is nader omschreven wie verzekeringsplichtig is.

Artikel 4 Begin van de zorgverzekering

LID 1 DATUM VAN INGANG VAN DE VERZEKERING

Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van één jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Voordat de zorgverzekering voor de eerste keer ingaat moeten wij een volledig ingevuld verzoek voor een zorgverzekering hebben ontvangen. De zorgverzekering waar deze polisvoorwaarden op van toepassing zijn gaat in op 1 januari 2023.

LID 2 ALTERNATIEVE INGANGSDATUM

Als u op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u heeft in uw verzoek aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, dan gaat de zorgverzekering op die latere datum in.

LID 3 VERZEKERD MET TERUGWERKENDE KRACHT

Er zijn twee situaties waarin wij u met terugwerkende kracht kunnen inschrijven:

- a. als u de zorgverzekering binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht voor het eerst ontstaat bij ons aanvraagt. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstaat.
- b. als u de zorgverzekering bij ons aanvraagt binnen een maand nadat uw zorgverzekering bij een andere verzekeraar is beëindigd. Uw zorgverzekering gaat dan bij ons in op de eerste dag nadat uw oude zorgverzekering is geëindigd.

LID 4 AANMELDING INTREKKEN (HERROEPEN)

U kunt een zorgverzekering herroepen die u via internet heeft aangevraagd en gesloten. Vul daartoe binnen 14 dagen na bevestiging van de aanmelding, het contactformulier in op onze website. Vermeld hierin het BSN van degene die de overeenkomst heeft aangevraagd en geef daarbij aan dat u de via internet gesloten verzekeringsovereenkomst wilt beëindigen.

Artikel 18 Medisch-specialistische zorg

LID 1 ALGEMEEN

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

- a. medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch);
- b. behandelingen van plastisch-chirurgische aard.

Voor de volgende vormen van medisch-specialistische zorg gelden andere voorwaarden: revalidatie (artikel 23 van deze polisvoorwaarden), mondzorg door een kaakchirurg (artikel 33 van deze polisvoorwaarden), curatieve GGZ (artikel 37 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 41 van deze polisvoorwaarden). In de genoemde artikelen vindt u onder welke voorwaarden deze zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

LID 2 KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

LID 2.1.1 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG MET OPNAME (KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis of ZBC (instellingen voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 1.095 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf indien dit medisch noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg en de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1.095 dagen.

LID 2.1.2 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG ZONDER OPNAME (NIET-KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

- a. voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- b. voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Meer informatie vindt u op onze website.

Voor andere medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in dit artikel is geen machtiging vereist. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

- a. U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, GGD-arts infectieziektenbestrijding KNMG, GGD-arts tuberculosebestrijding KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch technoloog, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist (hieronder valt ook de sportarts), optometrist of orthoptist. In het geval van spoedeisende hulp is geen verwijzing noodzakelijk.
- b. Voor een zwangerschap en/of bevalling mag u ook een verwijzing van een verloskundige hebben.
- c. Voor een kaakchirurgische behandeling mag u ook een verwijzing van een tandarts of orthodontist hebben.
- d. Voor een second opinion heeft u een aparte verwijzing nodig van de behandelend huisarts of de behandelend medisch specialist met betrekking tot de medische behandeling.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van zorg verleend door niet-gecontracteerde zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hierbij vergoeden wij maximaal de door ons vastgestelde vergoeding.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslakte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. de volgende aangeboren misvormingen:
 1. lip-, kaak- of gehemeltespelen;
 2. misvorming van het benig aangezicht;
 3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 4. geboortevlekken, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 **TRANSGENDERZORG**

LID 4.1 **TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN**

Wij vergoeden de volgende behandelingen:

- a. inwendige geslachtsveranderende operaties bij vastgestelde transseksualiteit;
- b. plastisch-chirurgische correctie van primaire uiterlijke geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit;
- c. plastisch-chirurgische correctie van secundaire uiterlijke geslachtskenmerken indien die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken of indien er sprake is van een verminking;
- d. psychische ondersteuning bij genderidentiteitsproblematiek als onderdeel van het multidisciplinaire behandelingstraject;
- e. epilatie (ontharing) die door huidtherapeuten wordt verricht indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
- f. aangezichtschirurgie, adamsappelreductie en stemverhogende operatie bij man-vrouw transseksuelen indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
- g. uitwendige penisprothese tijdens de real-life-experience;
- h. foniatrie en logopedie;
- i. borstprothesen bij volledige afwezigheid van borstweefsel.

Passabiliteitsprobleem

Er is sprake van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren. Duidelijk moet zijn welke onderdelen in het uiterlijk het passabiliteitsprobleem veroorzaken en hoe chirurgische correctie hiervan het passabiliteitsprobleem opheft.

Voor ontharing van het gelaat geldt dat er sprake is van een passabiliteitsprobleem indien er ondanks scheren binnen 24 uur en camouflagemiddelen een nog altijd aanwezig mannelijk gelaat is door de baardtekening.

Uitsluitingen

De volgende transgenderzorg wordt niet vergoed:

- a. Epilatie van borst en ledematen;
- b. Contourcorrectie van borstkast en heupen;
- c. Uitwendige penisprothese na de real-life-experience;
- d. Psychosociale hulp die niet voldoet aan de psychische ondersteuning zoals genoemd in lid 4.1 onder d van dit artikel.

LID 4.2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Diagnostiek, begeleiding en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de Standard of Care (SOC) van de World Professional Association of Transgender Health (WPATH, voorheen HBGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde transgenderzorg. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten).

Machtiging

U moet voor de plastisch-chirurgische uiterlijke correcties, de epilatie, de aangezichtschirurgie, de adams-appelreductie, stemverhogende operatie en plaatsen borstprothesen van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist of huidtherapeut de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist of gecertificeerd huidtherapeut.

LID 4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 BEPERKINGEN EN UITSLUITINGEN ROND VRUCHTBAARHEIDSGERELATEERDE ZORG

Beperkingen

Voor vruchtbaarheidsgerelateerde zorg gelden de volgende beperkingen:

- a. de zorg wordt niet vergoed bij vrouwen van 43 jaar of ouder; behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging (IVF-poging) betreft die reeds is aangevangen voordat de vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- b. IVF bij vrouwen jonger dan 38 jaar wordt slechts vergoed als er bij de eerste twee IVF-pogingen slechts één embryo wordt teruggeplaatst per poging (bij de derde poging mogen er wel twee embryo's worden teruggeplaatst);
- c. bij vrouwen van 38 jaar of ouder mogen er bij alle drie de pogingen één of twee embryo's worden teruggeplaatst per poging.

Een IVF-poging bestaat uit 4 fasen:

1. hormonale behandeling die de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw bevorderen;
2. de follikelpunctie;
3. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
4. Het een of meerdere keren planteren van een of twee embryo's ('verse' embryo's of 'cryo' (ingevroren) embryo's) in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Niet vergoed wordt de vierde of volgende IVF-poging 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.

De terugplaatsing van alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Een zwangerschap van ten minste twaalf weken na de eerste dag van de laatste menstruatie, die zonder medisch ingrijpen is ontstaan, is ook een doorgaande zwangerschap.

Het terugplaatsen van tijdens een IVF-behandeling verkregen cryo embryo's valt onder de aanspraak IVF als de terugplaatsing een onderdeel is van een IVF-poging. Als het gaat om terugplaatsing na een doorgaande zwangerschap, valt deze onder de aanspraak 'vruchtbaarheidsgerelateerde zorg'. Deze terugplaatsing is dan geen onderdeel van een IVF-poging.

Uitsluitingen

De volgende vruchtbaarheidsgerelateerde zorg wordt niet vergoed:

- a. de vierde of volgende IVF-poging per doorgaande zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd. Na de derde poging worden ook de daarbij behorende geneesmiddelen niet vergoed;
- b. eicel- en spermadonatie, cryopreservatie en transplantatie van ovariumweefsel;
- c. sterilisatiebehandelingen;
- d. behandelingen om sterilisatie ongedaan te maken.
- e. Kunstmatige inseminatie met donorzaad bij een niet-medische indicatie. U kunt mogelijk wel in aanmerking komen voor financiering vanuit de subsidieregeling Kunstmatige Inseminatie met Donorsemen, die door de minister voor Medische Zorg en Sport is opgesteld. Deze subsidieregeling maakt geen deel uit van uw zorgverzekering, maar wordt uitgevoerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

LID 6 UITSLUITINGEN MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

De volgende medisch-specialistische zorg wordt niet vergoed:

- a. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden als geen sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking, een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als:
 - i. bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd;
 - ii. bij u geen agenesie of aplasie van de borst aanwezig is indien u een vrouw bent of sprake is van een vastgestelde transseksualiteit.
- d. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen die besnijdenis (circumcisie) tot doel hebben, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling met een redressiehelm in geval van plagiocephalie en brachycephalie zonder craniosynostose;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in de bijlage 0 van de Regeling zorgverzekering genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen (hiervoor kan wel een vergoeding mogelijk zijn via de aanspraak op hulpmiddelen, zie daarvoor artikel 35 van deze polisvoorwaarden of het Reglement Hulpmiddelen).