

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg
Zaak : Buitenland, Deep Brain Simulation, vervangen batterij DBS, syndroom Gilles de la Tourette, Stand wetenschap en praktijk
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021 en 2022, artt, 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4. Bzv, art. 20 Vo. 883/2004
Zaaknummer : 202201925
Zittingsdatum : 7 juni 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 14 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 december 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 31 januari 2023 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 februari 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 22 februari 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer 2023005163) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Hierbij is de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. De commissie heeft besloten dit advies te volgen. Een kopie van het voorlopig advies van het Zorginstituut is op 22 februari 2023 aan partijen gestuurd. Hierbij heeft de commissie de zorgverzekeraar gevraagd nader onderzoek te doen. Op 14 maart 2023 heeft de zorgverzekeraar per brief de uitkomst van een nader onderzoek toegezonden. Een kopie van dit bericht is op 14 maart 2023 aan verzoeker gestuurd, waarbij aan hem is meegedeeld dat hij tijdens de hoorzitting de gelegenheid heeft op de uitkomst van het nader onderzoek te reageren.
- 2.4. Bij brief van 14 maart 2023 heeft de commissie de uitkomst van het nader onderzoek van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut gestuurd, met de vraag een inhoudelijk advies te geven. Bij brief van 18 april 2023 heeft het Zorginstituut aanvullend advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 19 april 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 7 juni 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 14 juni 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 18 april 2023 aanpassing behoeft. Hierbij zijn aanvullende vragen gesteld. Bij brief van 14 september 2023 heeft het Zorginstituut een definitief advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 14 september 2023 aan partijen gestuurd waarbij partijen in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brief van 7 oktober 2023 heeft verzoeker op het definitieve advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie van deze brief is op 9 oktober 2023 aan de zorgverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in de jaren 2021 en 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft het syndroom van Gilles de la Tourette. Om de symptomen van dit syndroom te behandelen heeft verzoeker op 28 april 2021 om toestemming gevraagd voor Deep Brain Stimulation. Deze operatie is in oktober 2021 uitgevoerd. Daarnaast heeft verzoeker op 5 januari 2022 verzocht om toestemming voor vervanging van de batterij van het apparaat dat tijdens de eerdere ingreep is geplaatst.
- 3.3. Bij brief van 21 november 2021 heeft de behandelend neuroloog, voor zover hier relevant, over verzoeker verklaard:

"Bovengenoemde patiënt is in het universitair ziekenhuis te Keulen, Duitsland, in behandeling wegens het syndroom van Gilles de la Tourette. In oktober 2021 werd een hersenoperatie uitgevoerd voor een diepe hersenstimulatie, met spectaculair resultaat. Aangezien het hier gaat om een operatie die middels meerdere wetenschappelijke studies en vele publicaties een bewezen nut heeft, enerzijds, en anderzijds het effect bij deze specifieke patiënt bijzonder goed is, ondersteun ik nadrukkelijk het verzoek van de patiënt tot kostenovername van de operatie. Ik staaf dit graag hieronder met data, enerzijds van de patiënt zelf, en anderzijds uit de literatuur." "Ook weer op basis van internationale richtlijnen, werd in het universitair ziekenhuis Maastricht de indicatie gesteld voor het uitvoeren van een diepe hersenstimulatie. De indicatie voor een operatie wegens het Gilles de la Tourette syndroom stelt zich vanaf een score van 32 op de schaal die bij tics wordt aangewend (de zogen. Yale Global Tic Severity Scale, YGTSS). De patiënt had een score van 37. Door een vertrouwensbreuk heeft de patiënt besloten zich niet in Maastricht te laten opereren, maar heeft hij mij, op basis van mijn expertise bij deze behandeling, in Keulen gecontacteerd. De criteria voor het uitvoeren van een dergelijke operatie werden hier in Keulen opnieuw multidisciplinair getest. De conclusie was dat hij aan alle criteria voor een operatie voldeed, zowel wat betreft de uitgesproken lijdensdruk enerzijds, als het falen van elke voorgaande niet-operatieve behandeling, anderzijds."
- 3.4. Bij brieven van 20 oktober 2021 en 25 februari 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij geen akkoordverklaring krijgt voor de aangevraagde Deep Brain Stimulation respectievelijk vervanging van de batterij.
- 3.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brief van 4 januari 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft wat betreft de vergoeding van Deep Brain Stimulation. Ook heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft wat betreft de vervanging van de batterij.
- 3.6. Bij brief van 22 februari 2023 respectievelijk 18 april 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 14 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van Deep Brain Stimulation en van vervanging van de batterij te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. In dit verband stelt verzoeker dat het Zorginstituut Nederland in 2010 het standpunt heeft ingenomen dat Deep Brain Stimulation als behandeling voor een obsessieve compulsieve stoornis, therapieresistente depressie en therapieresistente Gilles de la Tourette moet voldoen aan het criterium van de stand van wetenschap en praktijk. Voor het syndroom van Gilles de la Tourette gold op dat moment dat de effectiviteit van Deep Brain Stimulation op basis van de beschikbare literatuur nog onvoldoende was onderbouwd. Inmiddels is het twaalf jaar geleden dat het Zorginstituut zijn standpunt omtrent Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette heeft ingenomen. In de afgelopen jaren zijn verschillende dingen veranderd. Zo bestaat inmiddels een database, genaamd 'The International Deep Brain Stimulation Registry and Database for Gilles de la Tourette Syndrome', en een 'European Society for the Study of Tourette Syndrome'. Verder zijn er nieuwe onderzoeken en publicaties die mogelijk passend bewijs leveren voor de effectiviteit van Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette. Op 9 december 2013 heeft het Zorginstituut het standpunt met betrekking tot een obsessieve compulsieve stoornis opnieuw beoordeeld. Inmiddels voldoet de behandeling van een obsessieve compulsieve stoornis met Deep Brain Stimulation onder voorwaarden wel aan de stand van de wetenschap en praktijk. Volgens verzoeker geldt dit ook voor de behandeling van het syndroom van Gilles de la Tourette door Deep Brain Stimulation. Verzoeker wil daarom dat het Zorginstituut opnieuw beoordeelt of de behandeling van het syndroom van Gilles de la Tourette door Deep Brain Stimulation voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 4.3. De behandelend neuroloog heeft toegelicht dat de behandeling van het syndroom van Gilles de la Tourette door Deep Brain Stimulation bij verzoeker effectief is. Daarnaast heeft de neuroloog verklaard dat verschillende studies inmiddels hebben aangetoond dat het effect van diepe hersenstimulatie voor de meerderheid van de betrokken patiënten positief is.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat het onbegrijpelijk is dat Deep Brain Stimulation bij behandeling van obsessieve compulsieve stoornissen en de ziekte van Parkinson wel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en bij behandeling van het syndroom van Gilles de la Tourette niet. In 2013 heeft het Zorginstituut zijn standpunt gewijzigd met betrekking tot Deep Brain Stimulation bij behandeling van obsessieve compulsieve stoornissen. Met betrekking tot veiligheid werd destijds verwezen naar toepassing van Deep Brain Stimulation bij andere beweegstoornissen en de ervaring die daar is opgedaan. Daarmee is Deep Brain Stimulation bij behandeling van obsessieve compulsieve stoornissen als voldoende veilig aangemerkt. In het voorlopig advies aan de commissie van 18 april 2023 verklaart het Zorginstituut echter dat de veiligheid van Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette bij grote aantallen patiënten en op langere termijn moet worden onderzocht. Daarnaast benoemt het Zorginstituut dat geen voldoende lange follow up termijn onderzoeken zijn, terwijl in de European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders - version 2.0. Part IV: deep brain stimulation - PMC melding wordt gemaakt van long term follow up van 96 maanden. Het Zorginstituut geeft in het standpunt van 2013 dus een andere invulling aan onder andere veiligheid en follow up termijnen om tot de conclusie te komen dat de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij de toepassing van Deep Brain Stimulation bij obsessieve compulsieve stoornis bestonden vragen over target locatie, maar die werden allemaal ondervangen met continue wetenschappelijke evaluatie. Deze continue wetenschappelijke evaluatie was ook nodig om meer inzicht te krijgen in de resultaten op langere termijn. Ook bij de ziekte van Parkinson is geen consensus 'on the ideal target for DBS'.

Toepassing van Deep Brain Stimulation bij behandeling van therapieresistente obsessieve compulsieve stoornis moet voldoen aan een aantal voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen. Er moet sprake zijn van zorgvuldige indicatiestelling en de Deep Brain Stimulation moet worden uitgevoerd in daarvoor gespecialiseerde centra. Ook bij toepassing van Deep Brain Stimulation gelden vergelijkbare strenge selectiecriteria. Het moet onder meer gaan om therapieresistente Gilles de la Tourette, er moet minimaal sprake zijn van een Yale Global Tic Severity Scale 32 en er moet sprake zijn van lijdensdruk. Voorts geldt als een van de noodzakelijke voorwaarden bij behandeling van obsessieve compulsieve stoornis dat de klinische resultaten worden gevolgd door het op wetenschappelijk verantwoorde manier vastleggen van de uitkomsten. Ook aan deze voorwaarde wordt voldaan. De behandeling van het syndroom van Gilles de la Tourette door Deep Brain Stimulation vindt op deze manier plaats en worden vastgelegd in de 'International Tourette DBS Registry and Database'.

Voorts heeft verzoeker toegelicht dat er maar weinig patiënten met het syndroom van Gilles de la Tourette zijn die in aanmerking komen voor Deep Brain Stimulation. Hierdoor kunnen de door het Zorginstituut gewenste studies met grote aantallen patiënten niet worden gehaald. Over de periode 1999 tot 2020 zijn wereldwijd twaalf patiënten per jaar geopereerd.

Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

- 4.5. In zijn brief van 7 oktober 2023 heeft verzoeker toegelicht het Zorginstituut aan de hand van de principes van 'evidence based medicine' bepaalt of de behandeling van het syndroom van Gilles de la Tourette door Deep Brain Stimulation voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Volgens deze principes geldt (dubbelblind) gecontroleerd klinisch onderzoek (randomized controlled trials, RCTs) als hard bewijs ('evidence'). Bewijs uit ander soort bronnen zoals observationeel onderzoek, gezaghebbende opinies, positieve ervaringen van professionals en patiënten zijn in veel mindere mate relevant.

Volgens het Zorginstituut ontbreekt het aan wetenschappelijke klinische studies van goede kwaliteit. Verder noemt het Zorginstituut dat over vergelijkende studies wordt aangegeven dat deze vergelijkende studies minder gunstige uitkomsten lieten zien met tegenstrijdige resultaten. Dit negatieve resultaat leidt tot een negatief advies en daarmee afwijzing van vergoeding ongeacht de praktijkmaatstaf en ervaringen met deze behandeling. Hoewel zou moeten worden uitgegaan van wetenschap en praktijk, worden de praktijkopvattingen in dit geval bijna geheel buiten beschouwing gelaten. Uit het definitieve advies van het Zorginstituut blijkt dat de praktijkopvatting in Nederland is dat Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette voor een kleine groep werkt, met een significante verbetering met nauwelijks complicaties. Volgens de beroepsgroep is er echter op dit moment beperkte evidence.

Waar bewijs over de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, worden de inhoud en vorm van de verzekerde zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. In Maastricht wordt onder de noemer experimenteel de behandeling Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette toegepast en ook betaald door het ziekenhuis. Daar wordt de behandeling als verantwoorde en adequate zorg gezien. Vanwege een vertrouwensbreuk heeft verzoeker uiteindelijk gekozen voor behandeling door een andere arts in een ander ziekenhuis.

Verzoeker heeft verklaard dat het syndroom van Gilles de la Tourette en obsessieve compulsieve stoornis twee bij elkaar liggende stoornissen zijn. Behandeling met Deep Brain Stimulation wordt bij beide stoornissen onder zeer strikte voorwaarden toegepast. Echter, behandeling met Deep Brain Stimulation voldoet bij het syndroom van Gilles de la Tourette niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en bij obsessieve compulsieve stoornis wel. Gebleken is dat een aanvraag door een beroepsgroep voor opname van behandeling van Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette in het basispakket een belangrijke factor is voor het Zorginstituut om tot een positief advies te komen. In 2013 heeft een beroepsgroep ervoor gezorgd dat Deep Brain Stimulation bij obsessieve compulsieve stoornis in het basispakket is opgenomen. Op dit moment is het Zorginstituut bezig om een nieuw standpunt in te nemen over of high intensity focused ultrasound (HIFU) bij volwassen patiënten met essentiële tremor voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook hier zetten beroepsgroepen zich in om de behandeling in het basispakket op te nemen. Het gaat om een behandeling voor mensen met essentiële tremors waar Deep Brain Stimulation niet bij werkt.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat Deep Brain Stimulation bij de diagnose syndroom van Gilles de la Tourette niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat medisch specialistische behandelingen alleen worden vergoed indien een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen is. Het moet duidelijk zijn dat de behandeling de meest passende behandeling is. Hierbij wordt gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk.
- De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft verklaard dat de behandeling van Gilles de la Tourette door Deep Brain Stimulation niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De medisch adviseur wijst in de eerste plaats op het standpunt van het Zorginstituut van 20 december 2010 dat als conclusie heeft dat *'DBS als behandeling van OCS, therapieresistente depressie en therapieresistente Gilles de la Tourette (...) niet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk (voldoet) en kan niet worden aangemerkt als een te verzekerde prestatie (geneeskundige zorg) krachtens de zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving'*. Daarnaast wijst de medisch adviseur van de zorgverzekeraar op recente literatuur waarin de resultaten van enkele onderzoeken en overzichtsartikelen zijn gepubliceerd. De conclusie op basis van deze onderzoeken en artikelen is dat op kleine schaal gunstige resultaten worden geboekt, maar dat vooral meer en omvangrijker onderzoek nodig is naar de effecten en voor- en nadelen van Deep Brain Stimulation.
- Voorts is op de website van de Stichting Gilles de la Tourette te lezen dat wordt onderzocht op welke locaties in de hersenen van een Tourette-patiënt het beste diepe hersenstimulatie kan worden toegepast en welke mensen met Tourette het meeste baat hebben bij deze behandeling. Ook dit bevestigt dat de behandeling voor Tourette-patiënten zich nog in de experimentele fase bevindt.
- 5.2. De zorgverzekeraar concludeert dat Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2.1 Bzv en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering.
- 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze voorwaarde kan niet worden gepasseerd. Zijn standpunt is gebaseerd op onderzoek naar Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette. Hierbij is niet onderzocht hoe Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette zich verhoudt tot Deep Brain Stimulation bij de ziekte van Parkinson of obsessieve compulsieve stoornis, omdat het gaat om Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette en de onderzoeken op dat gebied. Dit kan niet zomaar worden vergeleken met andere indicaties. Ten aanzien van Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette geldt dat de korte en lange termijn effecten op dit moment onvoldoende bekend zijn. Er kan daarom nog niets worden gezegd over de veiligheid van de behandelingen.
- Het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel niet gaat over het tegen elkaar afwegen van kosten. Eerst moet worden beoordeeld of een behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Pas daarna wordt naar de kosten van die zorg gekeken. Een behandeling waar geen onderzoek naar is gedaan, maar wel heel goedkoop is, kan niet worden vergoed. Het kostenaspect speelt pas een rol nadat is vastgesteld dat een behandeling veilig is.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 22 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Stand van de wetenschap en praktijk

In geschil is de vraag of Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verweerder geeft aan dat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verweerder stelt dat de behandeling om die reden niet kan worden vergoed ten laste van de basisverzekering. Het standpunt van verweerder is niet onderbouwd met literatuuronderzoek.

Het is echter primair aan verweerder om te beslissen of een bepaalde interventie onder de dekking van de polis valt, verweerder dient eerst zelf na te gaan of de gevraagde behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Nader onderzoek

Alvorens het Zorginstituut kan beoordelen Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering dient verweerder aan te geven op basis van welke literatuur en/of richtlijnen geconcludeerd wordt dat de gevraagde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

- 6.2. In het voorlopig advies van 18 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Stand van de wetenschap en praktijk

In geschil is de vraag of een DBS bij het syndroom van Gilles de la Tourette voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het is primair aan verweerder om te beslissen of een bepaalde interventie onder de dekking van de polis valt. Verweerder dient in dit geval te onderzoeken of de gevraagde behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verweerder heeft in eerste instantie aangegeven dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zonder te onderbouwen op welke literatuur en/of richtlijnen dit standpunt is gebaseerd. Na het eerste voorlopig advies van het Zorginstituut heeft verweerder dit wel aangegeven.

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). Naast goed opgezette studies is het tevens van belang dat de geïncludeerde studies voldoende lange follow-up hebben om de verwachte gunstige en ongunstige effecten te kunnen meten. In geval van een chronische aandoening en implantatie van lichaamsvreemd materiaal is het van belang om ook de effectiviteit en eventuele complicaties op de langere termijn te kennen, waardoor een follow-up van meerdere jaren van belang is (bij voorkeur vijf jaar).

Bespreking beschikbare publicaties

In het oorspronkelijke dossier geeft de behandelend neurochirurg in haar brief van 21 november 2022 aan dat verschillende dubbelblinde studies hebben aangetoond dat het effect van een DBS voor de meerderheid van de patiënten heel goed is, terwijl in deze studies door het dubbelblinde karakter een placeboeffect werd uitgesloten. Zij noemt de volgende studies:

- publicatie van Linda Ackermans et al (in deze studie werd hetzelfde aangrijpingspunt voor stimulatie gebruikt als dat de neurochirurg bij verzoeker gebruikte).
 - publicatie van Kara A Johnson et al: op initiatief van de universiteit van Florida werden de resultaten van alle Tourette patiënten die wereldwijd met diepe hersenstimulatie behandeld worden in een databank verzameld. Dit betreft ook patiënten die werden behandeld met een duidelijk minder succesvol targetpunt dan bij verzoeker, maar desalniettemin is het gemiddelde effect nog 40%.
 - de meta-analyse van Laura Wehmeyer et al: deze toont aan dat er bij 70% van de patiënten een ticreductie van minstens 50% is, en dat thalamus stimulatie (die verzoeker ook heeft ondergaan) op de lange termijn het beste effect heeft.
- De behandelend neurochirurg geeft aan dat al deze studies aantonen dat er op groepsniveau een duidelijk effect is, dus bij de meerderheid van de patiënten, met uiteraard enige variatie tussen de verschillende patiënten onderling. De YGTSS-score na een jaar bij verzoeker toont aan dat hij een buitengewoon goed responder is, waardoor niet alleen zijn levenskwaliteit maar ook die van zijn gezin spectaculair is verbeterd. Een kostenovername (vergoeding) vindt zij dan ook meer dan gerechtvaardigd.

Verweerder geeft in de brief van 4 januari 2022 aan dat DBS bij Gilles de la Tourette in Nederland alleen in één universitair medisch centrum (UMC) wordt gedaan, en dat deze niet uit de basisverzekering wordt vergoed maar dat het UMC de behandeling zelf financiert met wetenschappelijke gelden (onderzoeksgelden).

Naar aanleiding van het voorlopig advies geeft verweerder in diens brief van 14 maart 2023 aan dat in recente literatuur de resultaten van enkele onderzoeken en overzichtsartikelen zijn gepubliceerd. De conclusie op basis van deze onderzoeken is dat op kleine schaal gunstige resultaten worden geboekt, maar dat vooral meer en omvangrijker onderzoek nodig is naar de effecten en voor en nadelen van DBS. Verweerder citeert uit de volgende publicaties als volgt:

- Frey et al, 2022: Tourette Syndrome Treatment Updates: a Review and Discussion of the Current and Upcoming Literature. 'Approximately 5% of patients with TS are refractory to more conservative therapies, and DBS may therefore be a valuable treatment option. However, it is important to be aware of patient selection, target selection, and surgical complications before proceeding with surgical intervention for TS.'

- Szejko et al, 2021: European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders - version 2.0 Part IV: deep brain stimulation.

Verweerder citeert de preliminary note van de auteurs, namelijk dat de beschikbare evidence voor DBS bij TS (Tourette Syndrome) nog steeds erg beperkt is. De beschikbare evidence is gebaseerd op enkele kleine gerandomiseerde gecontroleerde trials en daarnaast op open niet-gecontroleerde case reports en case series, registries en meta-analyses. De auteurs geven aan dat data grotendeels overlappen en de resultaten van dezelfde patiënt in meer dan een publicatie kunnen zijn opgenomen.

In deze Europese richtlijn wordt onder 'Updated recommendations of the ESSTS DBS guidelines group' vermeld dat nog niet geconcludeerd kan worden dat DBS effectief en veilig is. Verschillende punten staan nog ter discussie, zoals de targets voor DBS, het aantal electrodes, de leeftijdsgrens en de definitie van therapieresistentie. DBS moet daarom volgens de richtlijn worden beschouwd als een experimentele behandeling die alleen wordt toegepast bij zorgvuldig geselecteerde therapieresistente patiënten met Gilles de la Tourette.

- Servello, 2020: Deep brain stimulation for Gilles de la Tourette Syndrome: Toward Limbic Targets.

Verweerder citeert de conclusie van deze retrospectieve studie, waarin de auteurs aangeven dat DBS voor geselecteerde patiënten met Gilles de la Tourette effectief kan zijn en dat zij verbetering in zowel tics als comorbiditeiten (OCS) waarnamen, waarbij patiënten met stimulatie van de anteromediale globus pallidus internus (am-GPi) minder complicaties hadden dan de patiënten bij wie de thalamus gestimuleerd werd (bij 31% van deze patiënten werd de electrode verwijderd). Ook geven de auteurs aan dat grotere, multicenter studies nodig zijn om de verschillende targets van DBS te vergelijken.

- Coulombe et al, 2018: Deep brain stimulation for Gilles de la Tourette syndrome in children and youth: a meta-analysis with individual participant data. Verweerder citeert de conclusie van de samenvatting, waarin de auteurs aangeven dat DBS een effectieve optie kan zijn met een gemiddeld veiligheidsprofiel voor de behandeling van zorgvuldig geselecteerde kinderen en jongeren met Gilles de la Tourette (de in deze meta-analyse geïnccludeerde studies betreffen met name jongeren van 16 tot en met 21 jaar), en dat grote, prospectieve studies met lange termijn follow-up nodig zijn om te begrijpen hoe DBS de tic symptomen beïnvloedt en het natuurlijk beloop van Gilles de la Tourette kan veranderen. In een fulltext conclusie vullen de auteurs aan dat verder, prospectief onderzoek nodig is met een lange termijn follow-up naar onder andere de effecten en de bijwerkingen/ complicaties van DBS bij jongeren en de indicaties voor en timing van de interventie.

Verder geeft verweerder aan dat op de website van de Stichting Gilles de la Tourette is te lezen dat wordt onderzocht op welke locaties in de hersenen van een Tourette-patiënt het best diepe hersenstimulatie toegepast kan worden. En welke mensen met Tourette het meeste baat hebben bij deze behandeling. Dit bevestigt volgens verweerder dat de behandeling voor Tourette-patiënten zich nog in een experimentele fase bevindt, zoals ook de onderliggende conclusie is in de medisch-wetenschappelijke literatuur.

Verweerder gaat niet in op de door de behandelend neurochirurg aangedragen literatuur. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op.

De studie van Ackermans et al (2011) betreft dubbelblind cross-over onderzoek, waarbij de stimulator gedurende een bepaalde periode aan, respectievelijk uit stond. Van de acht geïnccludeerde en gerandomiseerde patiënten, bij wie een diepe hersenstimulator was geïmplanteerd, konden alleen zes patiënten gedurende de onderzoeksperiode van een jaar worden gevolgd. Van de twee uitgevallen patiënten ontwikkelde één patiënt postoperatief neurologische symptomen waaronder hypertonie en mutisme, de andere patiënt koos ervoor dat de blinding opgeheven werd en de stimulatie aan bleef.

In de studie van Johnson et al (2019) werden klinische data van 123 patiënten retrospectief onderzocht; van 110 van deze patiënten werd de effectiviteit van DBS in de tijd geëvalueerd. Verder was het doel van deze studie de hersen- /doelgebieden van stimulatie te visualiseren en evalueren. De auteurs zijn voorzichtig in de conclusie: "The results collectively indicate that DBS may improve tics and OCB, the effects may develop over several months, and stimulation locations relative to structural anatomy alone may not predict response," en geven aan "This study was the first to visualise and evaluate the regions of stimulation across a large cohort of patients with TS to generate new hypotheses about potential targets for improving tics and comorbidities."

De systematische review van Wehmeyer et al (2021) includeerde 65 studies naar DBS bij patiënten met Gilles de la Tourette, met in totaal 376 patiënten. Zoals de auteurs zelf aangeven, kent deze systematische review beperkingen, waaronder het gegeven dat van de 65 studies slechts 6 RCT's in de meta-analyse konden worden opgenomen, met een hoge heterogeniteit wat betreft tijdsduur, procedure, uitkomstmaten en target. De geïnccludeerde RCT's waren van te korte duur (geen follow-up langer dan een jaar), ook waren bijwerkingen en complicaties van DBS in deze systematische review niet onderzocht.

Voor de volledigheid heeft het Zorginstituut op 13 februari 2023 een literatuur search uitgevoerd naar systematische reviews over DBS bij Gilles de la Tourette. Hieruit kwamen acht systematische reviews, die geen andere informatie opleverden dan bovenstaande, behalve een systematische review naar complicaties bij DBS (Jitkriksadakul 2017) en een systematische review naar DBS bij jongeren met Gilles de la Tourette en ethische kanttekeningen (Smeets 2018).

Beoordeling publicaties

Uit de informatie in het voorliggend dossier en de aanvullende informatie van verweerder kan opgemaakt worden dat op dit moment weliswaar meerdere studies en systematische reviews

naar DBS bij Gilles de la Tourette gepubliceerd zijn. Echter, goed opgezette studies, in de zin van prospectieve vergelijkende studies met grotere aantallen patiënten en voldoende lange follow-up termijn die de werkzaamheid en veiligheid onderzoeken, zijn niet voorhanden.

Het Zorginstituut kan zich daarom vinden in de conclusie van verweerder dat DBS bij Gilles de la Tourette op dit moment niet voldoet aan het in de Zorgverzekeringswet gestelde criterium van 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Conclusie

Op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur concludeert het Zorginstituut dat DBS bij Gilles de la Tourette niet voldoet aan het in de Zorgverzekeringswet gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Deze behandeling maakt daarom geen onderdeel uit van het basispakket.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier en de beschikbare wetenschappelijke literatuur het volgende: verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten voor de Deep Brain Stimulation en daarmee ook niet op vergoeding van de kosten voor de vervanging van de batterij van het apparaat."

- 6.3. In het definitief advies van 14 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In het tweede voorlopig advies is het Zorginstituut, na beoordeling van de beschikbare informatie in het voorliggend dossier en de aanvullende informatie, en na het uitvoeren van een literatuur search, tot de conclusie gekomen dat DBS bij Gilles de la Tourette niet voldoet aan het in de Zorgverzekeringswet gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Voor de leesbaarheid van dit advies is de beoordeling van het tweede voorlopig advies hier niet herhaald. De beoordeling dient als hier ingevoegd te worden beschouwd.

Bij de hoorzitting naar voren gebracht standpunt van verzoeker

Namens verzoeker is bij de hoorzitting aangegeven dat het onbegrijpelijk is dat DBS wel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij behandeling van de ziekte van Parkinson én bij obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) en niet bij behandeling van het syndroom van Gilles de la Tourette (GTS). In 2013 heeft Zorginstituut Nederland het standpunt ten aanzien van DBS bij OCS gewijzigd en onbegrijpelijk is waarom dit niet bij het syndroom van Gilles de la Tourette gebeurt. Het is van belang dat het Zorginstituut rekening houdt met het feit dat maar weinig patiënten met het syndroom van Gilles de la Tourette in aanmerking komen voor DBS, waardoor het onmogelijk is om grootschalig onderzoek te doen naar DBS bij deze aandoening.

Beantwoording van de eerste vraag van uw geschillencommissie

Uw geschillencommissie heeft naar aanleiding van de hoorzitting het Zorginstituut gevraagd in te gaan op de vraag van verzoeker waarom voor DBS bij het syndroom van Gilles de la Tourette een strenge norm wordt gehandhaafd met betrekking tot onderzoek naar langdurige effecten en onderzoek naar een grote groep patiënten, terwijl bij obsessieve compulsieve stoornis van deze norm is afgestapt.

Voorop staat dat het Zorginstituut beseft dat het syndroom van Gilles de la Tourette een ernstige aandoening is, met grote impact voor zowel de patiënt als voor diens omgeving, en dat het van belang is dat patiënten goede, effectieve zorg krijgen.

In het kader van de Zorgverzekeringswet moet de vraag beantwoord worden of bepaalde zorg al dan niet voldoet aan het in de Zorgverzekeringswet gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Vanuit het principe van evidence based medicine gaat het daarbij niet om de vraag of de zorg bij een individuele patiënt effectief is, maar of de zorg bij een bepaald indicatiegebied op populatieniveau effectief is.

Gemachtigde van verzoeker noemt in het kader van de vraag het in 2013 door het Zorginstituut uitgebrachte positieve standpunt over DBS bij obsessief-compulsieve stoornis (OCS). Gemachtigde citeert het Zorginstituut uit het tweede voorlopig advies: 'Echter, goed opgezette studies, in de zin van prospectieve vergelijkende studies met grotere aantallen patiënten en voldoende lange follow-up termijn die de werkzaamheid en veiligheid onderzoeken, zijn niet voorhanden.'

In antwoord op de vraag en in reactie op hetgeen is aangevoerd door gemachtigde, merkt het Zorginstituut het volgende op.

In voornoemd citaat heeft het Zorginstituut - naast 'grotere aantallen patiënten' en 'voldoende lange follow-up termijn' - aangegeven dat het om prospectieve vergelijkende studies moet gaan. De door de behandelend neurochirurg aangegeven grootste studie (Johnson et al, 2019) betreft een retrospectieve, nietvergelijkende studie. Over vergelijkende studies (RCT's) wordt in de European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders⁵ aangegeven dat deze vergelijkende (gerandomiseerde gecontroleerde) studies minder gunstige uitkomsten lieten zien met tegenstrijdige resultaten.

In het algemeen gesproken, geven de uitkomsten van goed opgezette prospectievestudies (prospectief wil zeggen, volgens een tevoren vastgelegde onderzoeksopzet) minder kans op vertekening van de resultaten ('bias') dan retrospectieve studies (onderzoek waarbij achteraf de gegevens/data beoordeeld worden en waarbij patiënten selectief in het onderzoek kunnen zijn opgenomen).

Het belang van goed opgezette (bij voorkeur gerandomiseerde) vergelijkendestudies (waarbij de behandeling wordt vergeleken met geen of met een standaardbehandeling, in het geval van DBS bijvoorbeeld met sham-stimulatie) is dat deze informatie geven over in hoeverre het gevonden effect resultaat is van de behandeling en niet van toeval of het natuurlijke beloop van een aandoening.

Ook bij de beoordeling van DBS bij obsessieve compulsieve stoornis hanteerde het Zorginstituut eenzelfde strenge norm. Relevante verschillen met de huidige beoordeling zijn onder meer dat de prospectieve vergelijkende studies over DBS bij het syndroom van Gilles de la Tourette tegenstrijdige resultaten lieten zien (in tegenstelling tot de beoordeelde studies over DBS bij OCS), en dat de bij DBS bij OCS betrokken beroepsgroep, naast opname van de behandeling in de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn over OCS, een specifiek waarborgen- / implementatiedocument opstelde met betrekking tot indicatiestelling en toepassing (in Nederland) van DBS bij OCS.

De aanleiding om, na het eerdere negatieve standpunt uit 2010, een nieuwe beoordeling ('duiding') te doen over de toepassing van DBS bij OCS, was een verzoek van de wetenschappelijke vereniging van de bij de behandeling van OCS betrokken beroepsgroep, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Er bleek binnen de NVvP consensus dat er een indicatie is voor DBS bij een kleine, nauwkeurig omschreven groep therapieresistente patiënten die door de OCS ernstig geïnvaleerd waren, en de NVvP had dit verzoek onderbouwd met nieuwe publicaties. Ook stelde de beroepsgroep ten behoeve van het standpunt bovengenoemd waarborgen-/implementatiedocument op.

Voor de volledigheid heeft het Zorginstituut in juli en augustus 2023 contact opgenomen met de wetenschappelijke verenigingen van de bij de behandeling met DBS bij het syndroom van Gilles de la Tourette betrokken beroepsgroepen, te weten de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

(NVvP), de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN) en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN).

Uit de informatie van de door de wetenschappelijke verenigingen voorgedragen deskundigen is op te maken dat de beroepsgroepen DBS bij het syndroom van Gilles de la Tourette op dit moment beschouwen als een experimentele behandeling, die in onderzoeksverband wordt uitgevoerd. Men bevestigt dat er op dit moment beperkte evidence is, wel ziet men dat er voor een kleine groep patiënten bewezen is dat DBS werkt: dat het een significante verbetering geeft op de ticklachten met daarbij nauwelijks complicaties.

De beroepsgroepen geven aan de mogelijkheden te bestuderen om in de toekomst een aanvraag te doen voor opname van DBS bij het syndroom van Gilles de la Tourette in het basispakket, maar beamen tevens dat het op dit moment hiervoor nog te vroeg is en dat de behandeling vooralsnog in onderzoeksverband wordt toegepast.

Beantwoording van de tweede vraag van uw geschillencommissie

Uw geschillencommissie heeft naar aanleiding van de hoorzitting het Zorginstituut gevraagd in te gaan op de stelling van verzoeker dat een grootschalig onderzoek naar DBS bij het syndroom van Gilles de la Tourette niet mogelijk is, omdat de groep patiënten die hiervoor in aanmerking komt heel klein is.

In antwoord hierop merkt het Zorginstituut het volgende op.

De gemachtigde van verzoeker geeft terecht aan dat studies met grote aantallen patiënten niet worden gehaald omdat personen met therapieresistente GTS die in aanmerking komen voor DBS een kleine groep is en zal blijven.

In eerdergenoemd citaat gaf het Zorginstituut echter ook aan dat het om prospectieve vergelijkendestudies moet gaan. De door de behandelend neurochirurg aangegeven grootste studie (Johnson et al, 2019) betreft een retrospectieve, niet-vergelijkende studie. Analoog aan DBS bij OCS zouden ook bij de toepassing van DBS bij het syndroom van Gilles de la Tourette goed opgezette prospectieve vergelijkende studies haalbaar moeten zijn.

De gemachtigde verwijst met betrekking tot lange termijn follow-up naar het artikel van Johnson (2019) en geeft aan dat het effect van DBS tot 96 maanden beoordeeld was. Het Zorginstituut merkt hierover op dat, naast het gegeven dat de studie van Johnson een retrospectieve studie is, uit bestudering van deze studie (figuur 1 in de betreffende publicatie) echter verder blijkt dat het aantal patiënten dat een jaar en langer bestudeerd is, beduidend kleiner is dan het aantal patiënten op de baseline (bij aanvang van de studie), dus dat er in feite sprake was van een hoge 'loss-to-follow-up'. In goed opgezette prospectieve studies wordt de studieduur / follow-up termijn tevoren vastgesteld in het studieprotocol, en wordt van iedere patiënt die voortijdig uit het onderzoek uitvalt, aangegeven wat de reden van uitval is. Genoemde publicatie van Johnson biedt hierover onvoldoende informatie.

Hetgeen naar voren is gebracht bij de hoorzitting leidt niet tot een andere beoordeling van het Zorginstituut. De conclusie en het advies uit het tweede voorlopig advies blijven daarom ongewijzigd.

Conclusie

Op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur concludeert het Zorginstituut dat DBS bij Gilles de la Tourette niet voldoet aan het in de Zorgverzekeringswet gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Deze behandeling maakt daarom geen onderdeel uit van het basispakket.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier en de beschikbare wetenschappelijke literatuur het volgende: verzoeker kan geen aanspraak maken op

vergoeding van de kosten voor de Deep Brain Stimulation en daarmee ook niet op vergoeding van de kosten voor de vervanging van de batterij van het apparaat."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv), en (EG) Verordening 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Op grond van artikel 20 van (EG) Verordening 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Duitsland - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de verzekeraar. De verzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan blijft de verordening in beginsel buiten beschouwing. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stametelaki, zaak C-444/05). In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd. De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van de verzekerde zorg en andere diensten is beoogd.
- 8.3. Verzoeker heeft op 28 april 2021 en 5 januari 2022 toestemming gevraagd aan de zorgverzekeraar voor Deep Brain Stimulation respectievelijk vervanging van de batterij. De zorgverzekeraar heeft de gevraagde toestemming in beide gevallen geweigerd, omdat de zorg zijns inziens niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Gelet op het door de zorgverzekeraar ingenomen standpunt moet in de eerste plaats worden beoordeeld of de door verzoeker gewenste behandeling, te weten Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.3.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.
- 8.4. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 8.5. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een degelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. 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 de zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde

heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

- 8.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd. Het Zorginstituut heeft onder andere beoordeelt of Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het advies van 18 april 2023 bevat hiervan de uitkomst. Het Zorginstituut verklaart dat op dit moment weliswaar meerdere studies en systematische reviews naar Deep Brain Stimulation bij Gilles de la Tourette gepubliceerd zijn, maar dat goed opgezette studies, in de zin van prospectieve vergelijkende studies met grotere aantallen patiënten en voldoende lange follow-up termijn die de werkzaamheid en veiligheid onderzoeken, niet voorhanden zijn. Het Zorginstituut concludeert dat op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur Deep Brain Stimulation bij Gilles de la Tourette niet voldoet aan het in de Zorgverzekeringswet gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Deze behandeling maakt daarom geen onderdeel uit van het basispakket. Het Zorginstituut bevestigt dit in zijn advies aan de commissie van 14 september 2023.
- 8.7. Volgens verzoeker is het onbegrijpelijk dat Deep Brain Stimulation bij obsessieve compulsieve stoornis wel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, maar Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette. Ook dient bij de beoordeling hiervan rekening te worden gehouden met het feit dat grootschalig onderzoek naar Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette niet mogelijk is, omdat de groep patiënten die hiervoor in aanmerking komt heel klein is. De commissie volgt verzoeker hier niet in. In het advies aan de commissie van 14 september 2023 heeft het Zorginstituut verklaard dat bij de beoordeling van Deep Brain Stimulation bij obsessieve compulsieve stoornis eenzelfde strenge norm werd gehanteerd. Hierbij heeft hij de relevante verschillen met de beoordeling van Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette toegelicht. Volgens het Zorginstituut heeft verzoeker terecht aangevoerd dat studies met grote aantallen patiënten niet gehaald kunnen worden, omdat personen met therapieresistente Gilles de la Tourette syndroom die in aanmerking komen voor Deep Brain Stimulation een kleine groep is en zal blijven. Het moet echter ook gaan om prospectieve vergelijkende studies. De door de behandelend neurochirurg aangegeven grootste studie (Johnson et al, 2019) betreft een retrospectieve, niet vergelijkende studie. Analooq aan Deep Brain Stimulation bij obsessieve compulsieve stoornis zouden ook bij de toepassing van Deep Brain Stimulation bij het syndroom van Gilles de la Tourette goed opgezette prospectieve vergelijkende studies haalbaar moeten zijn. Ten aanzien van lange follow-up blijkt uit de door verzoeker aangehaalde studie dat het aantal patiënten dat een jaar en langer bestudeerd is, beduidend kleiner is dan het aantal patiënten op de baseline (bij aanvang van de studie). In feite was sprake van een hoge 'loss-to-follow-up'. In goed opgezette prospectieve studies wordt de studieduur / follow-up termijn tevoren vastgesteld in het studieprotocol, en wordt van iedere patiënt die voortijdig uit het onderzoek uitvalt, aangegeven wat de reden van uitval is. Genoemde publicatie van Johnson biedt hierover onvoldoende informatie.
- 8.8. De commissie ziet in hetgeen verder door verzoeker is gesteld, met name ten aanzien van de behaalde positieve resultaten en het bestaan van een database en een wetenschappelijke vereniging op dit terrein, geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en volgt dit dan ook. Dat de behandeling voor verzoeker effectief is geweest, is voor verzoeker verheugend, maar kan het voorgaande niet anders maken. De beoordeling of een behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk - en daarmee behoort tot de verzekerde prestaties - moet plaatsvinden op de hiervoor beschreven objectieve wijze. Het feit dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering betekent dat geen aanspraak bestaat ten laste van die verzekering en tevens dat de gevraagde toestemming op basis van de verordening voor de ingreep respectievelijk het vervangen van de batterij terecht werd geweigerd.

Slotsom

8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 oktober 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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 artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

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

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

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

meer onderdelen van de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen af gaan wijken van de wet. Als er verschil bestaat tussen enerzijds verzekeringsvoorwaarden, 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 website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld 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

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

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

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
- De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
- De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- 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.

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.
- 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.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die

zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende 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".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

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 website van de overheid: 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.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden.

In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

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, ontvingen. 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;

B.1. Vervallen

B.2. Buitenlandzorg

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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 te vragen bij onze afdeling Klanten Contact Centrum. 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 behandelvoorstel 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 bui-

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG- VERZEKERING

tenland 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, Macedonië, 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

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Huisartsenzorg omvat onder andere:

- gezondheidsadvies en preventieve zorg zoals stoppen met roken (zie artikel B.21.2.),

problematisch alcoholgebruik, depressieve klachten of overgewicht;

- behandeling;
- diagnostiek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- aanvraag van een MRI voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- preconceptiezorg, dit omvat een preconceptieconsult op verzoek van de verzekerde. Het betreft informatie en adviesverstrekking zodat er zo gezond mogelijk begonnen wordt aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs en gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (arbeidsomstandigheden, infectierisico, sociaaleconomische factoren), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties en algemene medische onderwerpen zoals medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten/vaccinaties;
- ketenzorg, als sprake is van:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - (Cardio)Vasculair Risico Management (C)VRM) bij hart- en vaatziekten (HVZ) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
 - Astma bij verzekerden vanaf 16 jaar.De zorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen. Zie hiervoor artikel A.17.3.

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden. Consulten kunnen ook via internet plaatsvinden, als hierover in het zorgprogramma afspraken zijn gemaakt.

Let op!

- De zorg omvat niet:
 - medische screening of check up, uitsluitend op verzoek van de verzekerde zonder dat daarvoor een medische noodzaak bestaat;
 - advies en vaccinaties voor reizen naar het buitenland. Deze zorg valt onder artikel D.2.3.
- Een MRI of laboratoriumonderzoek uitgevoerd door een instelling voor medisch specialistische zorg of een zelfstandig laboratorium, wordt verrekend met het eigen risico. Ook als dit plaatsvindt op verzoek van de huisarts.
- Consulten en behandelingen uitgevoerd door

bent begonnen, dan voortzetten op de kosten van de volgende zorgverzekeraar.

Voorwaarden

Algemeen

- Een verzekerde van 16 of 17 jaar heeft aanspraak op de zorg als de huisarts de zorg ook voor deze betreffende verzekerde passend acht.
- U kunt pas deelnemen aan de onderhoudsfase als u de behandelingsfase volledig hebt doorlopen.
- U hebt ten minste een matig verhoogd gewicht gerelateerd risico (GGR), uitgedrukt in Body Mass Index (BMI). U hebt een indicatie voor de zorg als u:
 - een BMI hebt vanaf 30 kg/m²; of
 - een BMI hebt vanaf 25 kg/m² en een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en DM type II gebaseerd op de zorgstandaarden CVRM, Obesitas, en Diabetes; of
 - een BMI hebt vanaf 25 kg/m² en bij u artrose of slaapapneu is vastgesteld.
- De zorg wordt gegeven in de vorm van een door ons erkend zorgprogramma; u kunt deze op onze website vinden.

Zorgverlener

Een zorgverlener die als leefstijlcoach is opgenomen in het register van de Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN) verleent in afstemming en terugkoppeling met de verwijzende zorgverlener de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de GLI verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Is alleen nodig als u al eerder gebruik hebt gemaakt van deze zorg en u een volgende keer van een zorgprogramma gebruik wilt maken.

Tarieven

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

B.4. Medisch specialistische zorg

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U bent verzekerd voor:

- geneeskundige zorg;
- preventieve zorg;
- gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

(zie artikelen B.19.2. en B.19.3.)

- mondzorg door een kaakchirurg. 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 in dit artikel 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.
- Deze zorg wordt verrekend met 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);
 - het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
 - behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
 - sterilisatiebehandelingen;
 - behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
 - 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 bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 1.095 (3 x 365) dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met 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.
- Het is mogelijk dat u in het buitenland opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer

verschillende (verpleeg)klassen kent. Dan geldt het verpleegtariaf bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

Voorwaarden

Algemeen

- De opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg (waaronder medisch specialistische zorg).
- Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - o 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;
 - o 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;
 - o wordt uw opname onderbroken voor weekend- 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 gehemeltepleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Meer informatie over aanvragen

kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Tarieven

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

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de medicijnen;
- 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.

Toegang tot deze zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Overige zorg wordt wel verrekend met 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

Bij zorg via de app Skinvision moet:

- het account van de app aan uw relatienummer

zijn gekoppeld.

- u 18 jaar of ouder zijn.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

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, bedrijfsarts, GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Als het gaat om een gehoorandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een triage-audicien verwezen worden naar een KNO-arts.
- Als het gaat om een oogaandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist of orthoptist verwezen worden naar een oogarts.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltpleet) mag u ook door een schisisteam verwezen worden.
- voor zorg via de app Skinvision is geen verwijzing nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet 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.

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard. 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:

ving. Daardoor blijven de omvang en inhoud van de dekking van uw basisverzekering in overeenstemming met de wet en is uw basisverzekering een modelovereenkomst in de zin van de Zorgverzekeringwet. Wanneer nieuwe of gewijzigde wetgeving laat of tussentijds in werking treedt, kunnen een of meer onderdelen van de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen af gaan wijken van de wet. Als er verschil bestaat tussen enerzijds verzekeringsvoorwaarden, 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 website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld 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

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

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

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
- De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringwet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
- De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- 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.

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.
- 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 ge-

noemde 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.

- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende 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".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekerings-

voorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

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 website van de overheid: 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.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden.

In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

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, ontvingen. 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 sala-

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG- VERZEKERING

B.1. Vervallen

B.2. Buitenlandzorg

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg);
- die op de "limitatieve lijst met machtigingsvereisten voor zorg in het buitenland" staat (extramurale zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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 te vragen bij onze afdeling Klanten Contact Centrum. 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 behandelvoorstel 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, Macedonië, 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.zorgwijzer.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

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg);
- die op de "limitatieve lijst met machtigingsver-eisten voor zorg in het buitenland" staat (ex-tramurale zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverkla-ring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Huisartsenzorg omvat onder andere:

- gezondheidsadvies en preventieve zorg zoals stoppen met roken (zie artikel B.21.2.), problematisch alcoholgebruik, depressieve klachten of overgewicht;
- behandeling;
- diagnostiek uitgevoerd door en in de huisart-senpraktijk;
- aanvraag van een MRI voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- preconceptiezorg, dit omvat een preconceptie-consult op verzoek van de verzekerde. Het be-treft informatie en adviesverstrekking zodat er zo gezond mogelijk begonnen wordt aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs en gewicht), foliumzuur-gebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (arbeidsomstandigheden, infectierisico, soci-aaleconomische factoren), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties en algemene me-dische onderwerpen zoals medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten/vaccinaties;
- ketenzorg, als sprake is van:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - (Cardio)Vasculair Risico Management (C)VRM bij hart- en vaatziekten (HVZ) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
 - Astma bij verzekerden vanaf 16 jaar.De zorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen. Zie hiervoor artikel A.17.3.

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale

sen voor een mogelijke onderhoudsfase.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg in dit artikel omvat niet:
 - het (begeleiden bij) daadwerkelijk bewegen of sporten;
 - dagbehandeling en/of opname;
 - een zorgprogramma voor kinderen.
- Eigen risico is niet van toepassing.
- U hebt voor dezelfde indicatie zonder dat er sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek (zie artikel B.11.) in combinatie met het zorgprogramma GLI.
- Als het zorgprogramma begint als u bij ons verzekerd bent, bestaat de aanspraak op de zorg of de vergoeding ervan voor het gehele programma, ook als u tijdens het programma overstapt naar een andere zorgverzekeraar. U kunt het zorgprogramma dat u op onze kosten bent begonnen, dan voortzetten op de kosten van de volgende zorgverzekeraar.

Voorwaarden

Algemeen

- Een verzekerde van 16 of 17 jaar heeft aanspraak op de zorg als de huisarts de zorg ook voor deze betreffende verzekerde passend acht.
- U kunt pas deelnemen aan de onderhoudsfase als u de behandelingsfase volledig hebt doorlopen.
- U hebt ten minste een matig verhoogd gewicht gerelateerd risico (GGR), uitgedrukt in Body Mass Index (BMI). U hebt een indicatie voor de zorg als u:
 - een BMI hebt vanaf 30 kg/m²; of
 - een BMI hebt vanaf 25 kg/m² en een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en DM type II gebaseerd op de zorgstandaarden CVRM, Obesitas, en Diabetes; of
 - een BMI hebt vanaf 25 kg/m² en bij u artrose of slaapapneu is vastgesteld.
- De zorg wordt gegeven in de vorm van een door ons erkend zorgprogramma; u kunt deze op onze website vinden.

Zorgverlener

Een zorgverlener die als leefstijlcoach is opgenomen in het register van de Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN) verleent in afstemming en terugkoppeling met de verwijzende zorgverlener de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de GLI verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een spe-

cialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Is alleen nodig als u al eerder gebruik hebt gemaakt van deze zorg en u een volgende keer van een zorgprogramma gebruik wilt maken.

Tarieven

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

B.4. Medisch specialistische zorg

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U bent verzekerd voor:

- geneeskundige zorg;
- preventieve zorg;
- gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (zie artikelen B.19.2. en B.19.3.)
- mondzorg door een kaakchirurg. 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 in dit artikel 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.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-

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

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maxi-

- maal 1.095 (3 x 365) dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met 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.
- Het is mogelijk dat u in het buitenland opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer verschillende (verpleeg)klassen kent. Dan geldt het verpleegtariaf bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

Voorwaarden

Algemeen

- De opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg (waaronder medisch specialistische zorg).
- Een opname komt maximaal 1.095 (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 weekend- 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 ver-

wezen 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 gehemelsespleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Tarieven

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

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de medicijnen;
- 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.

Toegang tot deze zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze

app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Overige zorg wordt wel verrekend met 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

Bij zorg via de app Skinvision moet:

- het account van de app aan uw relatienummer zijn gekoppeld.
- u 18 jaar of ouder zijn.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

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, bedrijfsarts, GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Als het gaat om een gehoorandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een triage-audicien verwezen worden naar een KNO-arts.
- Als het gaat om een oogaandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist of orthoptist verwezen worden naar een oogarts.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemelsespleet) mag u ook door een schisisteam verwezen worden.
- voor zorg via de app Skinvision is geen verwijzing nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet 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.