

# ANONIEM BINDEND ADVIES

|               |                                                                                                                                                  |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Partijen      | : A te B, en Anderzorg N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen                                                                                  |
| Zaak          | : Geneeskundige zorg, hyperbare zuurstoftherapie (HBOT) bij Long-Covid (post-Covid-19 condition), stand wetenschap en praktijk, schadevergoeding |
| Regelgeving   | : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv                                                                           |
| Zaaknummer    | : 202300536                                                                                                                                      |
| Zittingsdatum | : 11 oktober 2023                                                                                                                                |

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

1) Anderzorg N.V. te Wageningen, en

2) Menzis N.V. te Wageningen,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 24 februari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 februari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 3 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 april 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 11 mei 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023015477) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 12 mei 2023 aan partijen gestuurd.  
Bij brief van 16 augustus 2023 heeft verzoeker op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 oktober 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede een kopie van de reactie van verzoeker van 16 augustus 2023 zijn op 25 oktober 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 mei 2023 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in het definitief advies aandacht te besteden aan de twee door verzoeker in zijn brief van 16 augustus 2023 genoemde argumenten, in wezen hierop neerkomend dat het voorlopig advies van het Zorginstituut niet voldoende is gemotiveerd.  
Bij brief van 8 november 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 november 2023 aan partijen gestuurd, waarbij hen de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 14 november 2023 en brief van 15 november 2023 hebben respectievelijk de ziektekostenverzekeraar en verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Afschriften van deze reacties zijn aan de respectieve wederpartij gezonden.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Compact (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Buitenland & Tandongeval (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker kampt sinds een Covid-19 besmetting in maart 2021 met cognitieve klachten. Behandeling door een ergotherapeut en psycholoog heeft niet geleid tot een vermindering van deze klachten. In verband hiermee heeft verzoeker in de periode van 14 november 2022 tot en met 9 januari 2023 een 40-tal behandelingen met hyperbare zuurstoftherapie (HBOT) ondergaan. De kosten hiervan bedragen totaal € 8.402,80. De werkgever van verzoeker heeft een deel, te weten € 2.000,-, betaald. Het restant heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding vervolgens afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 23 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 11 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 8 november 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden:
  - (i) de in 2022 gemaakte en voor zijn rekening gebleven kosten van HBOT te vergoeden ten laste van de zorgverzekering,
  - (ii) aan hem een door de commissie "naar billijkheid vast te stellen smartengeldvergoeding" te betalen vanwege schending van de privacy,
  - (iii) aan hem een schadevergoeding te betalen in verband met de aan dit geschil bestede uren, en
  - (iv) aan hem het aan de commissie betaalde entreegeld van € 37,- te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker heeft ter onderbouwing aangevoerd dat hij sinds een Covid-19 besmetting in maart 2021 kampt met cognitieve klachten zoals hersenmist, overprikkeling en concentratie- en aandachtsproblemen. Deze klachten zorgen ervoor dat hij in het dagelijks leven zeer beperkt is. Zo is het niet meer mogelijk zich in drukke ruimten te begeven waardoor zijn sociale leven tot een minimum is beperkt en hij zijn werk als advocaat niet goed meer kan uitvoeren. De klachten zijn door zijn huisarts gediagnosticeerd als Long-Covid. De nadien gevolgde gesprekken met een psycholoog en behandeling door een ergotherapeut hebben wel geleid tot een lichte vermindering, maar niet tot een structurele verbetering van zijn klachten. Ongeveer medio juli 2022 las verzoeker dat hyperbare zuurstoftherapie mogelijk zou kunnen helpen. Uit de contacten die verzoeker daarna had met de ziektekostenverzekeraar bleek dat deze behandeling niet zou worden vergoed. Omdat verzoeker toch van zijn klachten wilde afkomen, heeft hij vanaf 14 november 2022 een 40-tal behandelingen gehad. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de hiermee gemoeide kosten afgewezen, omdat HBOT bij deze indicatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker kan dit standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet volgen, omdat de ziektekostenverzekeraar hiervoor geen enkel bewijs

levert. Feit is dat de ziekte Long-Covid nieuw is en dat de behandeling hiervan nog in ontwikkeling is. Het zal dus moeten worden onderzocht of HBOT bij Long-Covid werkt. Op het moment dat iets nog onduidelijk is, kan de ziektekostenverzekeraar vergoeding niet zonder meer weigeren.

- 4.3. Bij brief van 16 augustus 2023 heeft verzoeker uitvoerig uiteengezet waarom hij de conclusies van zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut niet deelt. Volgens verzoeker baseert het Zorginstituut de conclusie dat HBOT bij de indicatie Long-Covid niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk op een tweetal argumenten te weten (i) de studie uit juli 2022 zou zijn uitgevoerd op een te klein aantal patiënten, en (2) de follow up van drie weken zou te gering zijn om een uitspraak te kunnen doen over de lange termijn effecten van de behandeling. In voornoemde brief licht verzoeker toe waarom deze argumenten volgens hem geen hout snijden. Verder stelt verzoeker in zijn brief van 16 augustus 2023 dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 3 april 2023, gericht aan de commissie, een polisblad van 2023 heeft overgelegd. Dit polisblad is echter niet relevant, omdat het onderhavige geschil betrekking heeft op 2022 en niet op 2023. Daar komt bij dat verzoeker een procedure is gestart tegen de ziektekostenverzekeraar en niet tegen de zorgverzekeraar waarbij hij vanaf 2023 is verzekerd. Het betreft twee verschillende rechtspersonen. Verzoeker vraagt zich af hoe het kan dat de ene rechtspersoon - de ziektekostenverzekeraar - de beschikking heeft over een polisblad van een andere rechtspersoon, zijn huidige zorgverzekeraar. Door het polisblad van 2023 over te leggen heeft de ziektekostenverzekeraar gehandeld in strijd met de AVG. Volgens de voorzitter van de Autoriteit Persoonsgegevens ligt een smartengeldvergoeding dan voor de hand. Blijkens de jurisprudentie waarin vanwege een schending van de AVG een vergoeding voor immateriële schade is toegewezen, lopen de bedragen uiteen van € 250,- tot € 2.000,-. Voorts stelt verzoeker in zijn brief van 16 augustus 2023 dat de ziektekostenverzekeraar lange tijd niet duidelijk heeft gemaakt waarop hij zijn standpunt baseerde. Pas sinds het voorlopig advies van het Zorginstituut weet verzoeker waarom HBOT bij Long-Covid niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Door dit alles was verzoeker genoodzaakt een procedure bij de commissie te starten. Om die reden is verzoeker van mening dat het redelijk is de ziektekostenverzekeraar te veroordelen tot vergoeding van de gemaakte kosten als bedoeld in artikel 21.2, lid b, sub iii, van het reglement. De kosten die verzoeker heeft gemaakt zien op de tijd die hij heeft besteed aan de onderhavige procedure. Verzoeker schat het aantal uren op 59. Het bijhorende bedrag is volgens een uitspraak van het Kifid € 100,- per uur zodat de totale vordering € 5.900,- bedraagt. Deze kosten vordert verzoeker bij wijze van schadevergoeding.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat de toezending van een polisblad van een verkeerd jaar symbool staat voor het onzorgvuldig handelen van de ziektekostenverzekeraar gedurende de gehele klachtprocedure. Voordat de klacht bij de SKGZ werd neergelegd, kreeg verzoeker telkens van medewerkers van de ziektekostenverzekeraar te horen dat HBOT bij de indicatie Long-Covid niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Enige onderbouwing van dit standpunt ontbrak. Als de ziektekostenverzekeraar al meer informatie gaf werd gezegd: "Het Zorginstituut beoordeelt of een behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Als u wilt weten of onze beoordeling klopt, gaat u maar naar de geschillencommissie". Verzoeker zag zich dan ook genoodzaakt de klacht aan de commissie voor te leggen en ziet dan ook graag dat de commissie in het bindend advies aandacht besteedt aan de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar gedurende het gehele klachtproces. Inhoudelijk geldt dat zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut nu ten onrechte het standpunt inneemt dat HBOT een experimentele behandeling is. HBOT wordt al lange tijd toegepast door gerespecteerde specialisten. Daar komt bij dat er een RCT voorhanden is waaruit duidelijk blijkt dat HBOT ook bij de indicatie Long-Covid voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Door HBOT bij Long-Covid niet te vergoeden ontstaat een tweedeling in de samenleving. Alleen personen die de behandeling zelf kunnen betalen, kunnen van Long-Covid genezen. Dit is niet alleen moreel en ethisch onwenselijk, maar ook in strijd met de solidariteitsgedachte van de Zorgverzekeringswet. Voor een reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut verwijst verzoeker naar zijn brief van 16 augustus 2023.

- 4.5. 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.
- 4.6. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut van 8 november 2023 vraagt verzoeker de commissie dit advies niet in de beoordeling te betrekken. Dit omdat het desbetreffende advies onvoldoende is gemotiveerd. In de eerste plaats hanteert het Zorginstituut ten onrechte het rapport 'Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk 2023'. Dit rapport mag niet als uitgangspunt worden genomen, omdat de start van de behandeling het toetsmoment vormt. De behandeling is aangevangen in november 2022 zodat het Beoordelingskader 2015 dient te worden gehanteerd.
- Verder geldt dat het Zorginstituut zijn oordeel in het voorlopig advies motiveert met twee argumenten. Het eerste argument luidt dat de studie uit juli 2022 op een te klein aantal patiënten is uitgevoerd. Hierop heeft verzoeker verweer gevoerd in die zin dat aan de desbetreffende studie een correct uitgevoerde powerberekening ten grondslag ligt. In het definitief advies betwist het Zorginstituut niet langer dat het onderzoek is uitgevoerd op een vanuit medisch-wetenschappelijk oogpunt voldoende aantal deelnemers, maar stelt dat dit aantal desondanks onvoldoende zou zijn om te kunnen concluderen dat de onderzochte interventie tot de stand van de wetenschap en praktijk behoort. Dit nieuwe argument houdt in dat neurologische Long-Covid een aandoening is met een grote incidentie en/of prevalentie en dat de positieve effecten van HBOT bij cognitieve Long-Covid klachten daarom zouden moeten blijken uit meerdere goed uitgevoerde RCT's. Met deze conclusie geeft het Zorginstituut geen medisch-wetenschappelijk oordeel, maar een juridisch oordeel. Dit juridische oordeel moet een basis hebben in de Zvw, en deze ontbreekt.
- In de Zvw en de onderliggende regelgeving komen (varianties op) de termen 'incidentie' en 'prevalentie' niet voor. Hetzelfde geldt voor de door het Zorginstituut genoemde Beoordelingskaders 2015 en 2023.
- Het tweede argument luidt dat de studie uit juli 2022 een te korte follow-up zou kennen. In het definitief advies van het Zorginstituut wordt gemeld dat het Zorginstituut niet kan aangeven hoe lang een follow-up moet zijn. Het Zorginstituut is echter niet gevraagd om 'in het algemeen' aan te geven hoelang een follow-up moet zijn, maar uitsluitend voor dit specifieke geval. Niet valt in te zien waarom het Zorginstituut dat niet zou kunnen en zijn eigen regels verplichten hem daar ook toe.

## 5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat HBOT bij Long-Covid geen verzekerde prestatie vormt op grond van de Zvw, omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een en ander blijkt uit een door het Zorginstituut in 2009 uitgebracht standpunt. Uit dit standpunt volgt dat HBOT slechts bij bepaalde indicaties verzekerde zorg is. De indicatie van verzoeker behoort hier niet toe. Dit omdat de meerwaarde van de behandeling bij deze indicatie (nog) niet wetenschappelijk is aangetoond.
- Omdat er later vanuit de beroepsgroep meerdere verzoeken zijn geweest voor vergoeding van HBOT bij Long-Covid, is Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gevraagd namens de gemeenschappelijke zorgverzekeraars te reageren. Dit heeft geresulteerd in een brief van ZN van 30 augustus 2022, gericht aan de Nederlandse Vereniging voor Hyperbare Zuurstoftherapie. In bedoelde brief wordt uiteengezet dat één enkele RCT-studie onvoldoende is om te concluderen dat HBOT bij Long-Covid voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar sluit zich nog steeds aan bij dit standpunt.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat hij het standpunt van verzoeker dat het voorlopig advies van het Zorginstituut niet steekhoudend is, niet deelt. Hiertoe geldt dat het Zorginstituut alleen toetst wanneer daartoe aanleiding is. Uit arresten van de Hoge Raad volgt dat duidingen van het Zorginstituut op een juiste manier tot stand komen en een zwaarwegend karakter hebben. Een zorgverzekeraar die daarvan afwijkt dient die afwijking van een deugdelijke motivering te voorzien. De ziektekostenverzekeraar ziet in de onderhavige kwestie geen aanleiding om, zoals verzoeker heeft verzocht, het advies

ter zijde te leggen. De studie die door verzoeker wordt aangehaald heeft een te kleine groep deelnemers, namelijk 73. Gelet op de grote hoeveelheid patiënten acht de ziektekostenverzekeraar 73 een te kleine groep. Omdat Long-Covid veel voorkomt, moeten het grote studies zijn, waarbij veel mensen worden geïnccludeerd. Ook wat betreft de kritiek van verzoeker op de follow-up deelt de ziektekostenverzekeraar het standpunt van het Zorginstituut. Van belang is dat het positieve effect ook op de lange termijn aanhoudt, zodat een verzekerde langdurig baat heeft bij de behandeling en niet opnieuw zorgkosten hoeft te maken. Is dit wel het geval, dan moet de behandeling als niet kosteneffectief worden aangemerkt. Gelet op de korte follow-up periode van het onderzoek kan HBOT bij Long-Covid (nog) niet worden beschouwd als conform de stand van de wetenschap en de praktijk.

Tot slot biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan voor het feit dat hij bij zijn brief van 3 april 2023 een polisblad van een andere zorgverzekeraar heeft overgelegd. Tot het om die reden toekennen van een schadevergoeding ziet de ziektekostenverzekeraar echter geen aanleiding. Dit omdat de gegevens op het desbetreffende polisblad niet bij de beoordeling zijn gebruikt. Aan de voorwaarden van artikel 6:95 en 6:101 BW is dan ook niet voldaan. Ook anderszins ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding tot het toekennen van een schadevergoeding. Van belang hierbij is dat de door verzoeker gevorderde kosten niet in redelijkheid zijn gemaakt en dat ook de omvang van de kosten disproportioneel is en daarmee onredelijk.

- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar 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 11 mei 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"In 2009 is het standpunt hyperbare zuurstoftherapie (HBOT) gepubliceerd. Hierin wordt voor een aantal opgesomde medische indicaties aangegeven dat deze voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Ook wordt hierin een lijst beschreven van indicaties die niet voldoen aan de criteria van de stand van de wetenschap en de praktijk, waaronder cognitieve stoornissen.*

*In 2019 vond herziening van het eerdere standpunt plaats. Dit leidde niet tot een ander standpunt. Wel heeft de Nederlandse Vereniging voor Hyperbare Geneeskunde (NVvHG) landelijke protocollen opgesteld voor een aantal van de vanaf 2009 tot het basispakket behorende indicaties voor HBOT, teneinde gepast gebruik van deze zorg te bevorderen. Deze protocollen geven een onderbouwing en aanscherping van de betreffende indicatiegebieden.*

*De indicatie Long-Covid was in die periode nog niet actueel en hierover is om die reden niets opgenomen in het genoemde standpunt en de herziening daarvan. Het Zorginstituut heeft op 20 april 2023 in PubMed gezocht naar literatuur over de uitkomsten van HBOT voor de behandeling van Long-Covid. Dit leverde zes resultaten op die bestaan uit een case report en twee artikelen over een gerandomiseerde klinische fase II studie die op dit moment rekruteert. Deze studie is een gerandomiseerde fase II studie die beoogt 200 patiënten te includeren in de studie. Het is onduidelijk wanneer de resultaten te verwachten zijn. In een interim analyse op 20 patiënten werd onverwacht een hoog aantal ernstige bijwerkingen van HBOT beschreven. De patiënten populatie is echter breder dan alleen patiënten met cognitieve problemen.*

*Omdat deze studie nog loopt is deze niet bruikbaar om mee te nemen in een oordeel over de stand van de wetenschap en de praktijk.*

*Omdat de gebruikte zoektermen weinig resultaten gaven, is een bredere zoekopdracht in PubMed uitgevoerd. Dit leverde 72 resultaten op. Bij het filteren op klinische onderzoeken en gerandomiseerde studies bleven zes artikelen over.*

*Een artikel beschrijft de uitkomsten van een gerandomiseerde studie die zowel de beoogde inclusie als het follow-up eindpunt heeft bereikt. Dit artikel wordt ook door verzoeker en verweerder*

genoemd. In deze studie zijn 36 patiënten behandeld met HBOT (HBOT arm) en 37 patiënten zonder daadwerkelijke HBOT (zogenaamde sham arm). Eindpunt van de analyse was de situatie drie weken na behandeling. Op dat tijdstip was er een statistisch significant voordeel voor de HBOT arm op de cognitieve uitkomst. Alhoewel de uitkomst veelbelovend is, is deze studie uitgevoerd op een klein aantal patiënten en is het moment van analyse drie weken na behandeling uitgevoerd. Dit is te een te korte follow-up om een uitspraak te doen over de lange termijn effecten van behandeling.

#### Conclusie

Op basis van het uitgevoerde literatuuronderzoek kan niet geconcludeerd worden dat HBOT bij de indicatie Long-Covid voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De enige bruikbare gerandomiseerde studie die is gepubliceerd is uitgevoerd op een klein aantal patiënten en de follow-up van drie weken na behandeling is te gering om een uitspraak te doen over de lange termijn effecten van behandeling. De overige literatuur bestaat uit case-reports of de beschrijving van kleine series patiënten. Dit is onvoldoende om te concluderen dat HBOT bij de indicatie Long-Covid effectief is. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van HBOT ten laste van de basisverzekering.

#### Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Hyperbare zuurstoftherapie in verband met Long-Covid maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

- 6.2. In het definitief advies van 8 november 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

U heeft het Zorginstituut gevraagd in te gaan op de reactie van verzoeker op het voorlopig advies. Verzoeker geeft aan het niet eens te zijn met het argument van het Zorginstituut dat er een onvoldoende aantal deelnemers was aan de gerandomiseerde studie. De power berekening van de studie was immers conform dit benodigde aantal patiënten. Daarnaast geeft verzoeker aan het niet eens te zijn met het argument van het Zorginstituut dat de follow up duur van zes weken te kort is. Verzoeker geeft aan dat het Zorginstituut dan moet aangeven welke duur nodig is.

Naar aanleiding van de reactie van verzoeker op het voorlopig advies van het Zorginstituut merkt het Zorginstituut het volgende op. In rapport 'Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk 2023' wordt de werkwijze van de toetsing aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' beschreven. Dit rapport gaat nadrukkelijk in op de genuanceerde aanpak van het Zorginstituut daar waar het gaat om een beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk. In het rapport wordt de flexibiliteit van het beoordelingskader weergegeven. Dit doet het Zorginstituut door het meewegen van de context van de behandeling en ziekte, in aanvulling op het wetenschappelijke bewijs. Dit zijn argumenten over passend onderzoek - de balans tussen de beschikbare evidence (bewijskracht) en de benodigde evidence (bewijslast) - en medische argumenten. Met deze werkwijze is het beoordelingskader toepasbaar ook in situaties waarbij er sprake is van beperkte evidence en lagere kwaliteit van bewijs.

Bij aandoeningen met een grote incidentie en/of prevalentie wordt bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk uit gegaan van meerdere goed uitgevoerde gerandomiseerde studies die niet alleen naar de korte termijneffecten kijken, maar ook onderzoeken of de gemeten voordelen langdurig blijven bestaan. Een post-Covid 19 situatie is een veel voorkomende aandoening. Het moet voor de beroepsgroep voldoende mogelijk zijn om meerdere studies uit te voeren op een groot aantal patiënten en de langetermijneffecten te beoordelen.



*En power berekening wordt gemaakt om een specifieke onderzoeksvraag te beantwoorden. Een onderzoeksvraag is wezenlijk anders dan de vraag of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dat de powerberekening van de studie conform het benodigde aantal patiënten was, betekent derhalve niet dat het aantal patiënten voldoende is om op basis van dit onderzoek te concluderen dat de zorg effectief is en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut kan niet in het algemeen aangeven welk aantal patiënten nodig is, dat verschilt per onderzoek.*

*Bij een korte follow-up, zeker als er maar één gerandomiseerde studie is, is het de vraag of de gemeten voordelen blijvend zijn. De minimale duur van follow-up is afhankelijk van de soort aandoening, de populatie, de interventie en andere aspecten. Het Zorginstituut kan niet in het algemeen aangeven hoelang een follow-up duur moet zijn."*

## 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.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

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

### *Vergoeding HBOT ten laste van de zorgverzekering*

- 8.2. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet worden beoordeeld of HBOT bij de indicatie Long-Covid voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld op pagina 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2022). De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt. 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.
- 8.3. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' (op bewijs gebaseerde zorg) 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.
- 8.4. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot HBOT bij de indicatie Long-Covid. Het advies van 11 mei 2023 bevat de uitkomst hiervan.



Het Zorginstituut zet daarin uiteen dat het CVZ (nu het Zorginstituut) in 2009 het standpunt heeft ingenomen dat HBOT slechts bij bepaalde indicaties voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij andere indicaties, zoals cognitieve stoornissen, voldoet HBOT niet aan dit criterium. In 2019 vond een herziening plaats, maar dit heeft, behalve een aanpassing van de protocollen door de NVvHG, niet geleid tot een ander standpunt. Omdat de indicatie Long-Covid in 2019 nog niet actueel was, heeft het Zorginstituut op 20 april 2023 in PubMed gezocht naar literatuur over de uitkomsten van onderzoek naar HBOT voor de behandeling van Long-Covid. Aangezien de gebruikte zoektermen weinig resultaten gaven (zes stuks die alle niet bruikbaar zijn), is een bredere zoekopdracht in PubMed uitgevoerd. Dit leverde 72 resultaten op. Bij het filteren op klinische onderzoeken en gerandomiseerde studies bleven zes artikelen over. Hiervan beschrijft slechts één artikel de uitkomsten van een gerandomiseerde studie die zowel de beoogde inclusie als het follow-up eindpunt heeft bereikt. Naar dit artikel wordt door partijen ook verwezen. Hoewel de uitkomsten van de desbetreffende studie veelbelovend zijn, is deze uitgevoerd op een klein aantal patiënten en is de analyse reeds drie weken na behandeling uitgevoerd. Dit is een te korte follow-up om een uitspraak te kunnen doen over de lange termijn effecten van de behandeling. Een en ander is op dit moment, aldus het Zorginstituut, onvoldoende om te concluderen dat HBOT bij de indicatie Long-Covid voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In zijn definitief advies van 8 november 2023 heeft het Zorginstituut deze conclusie herhaald.

- 8.5. Verzoeker heeft bij brief van 15 november 2023 de commissie verzocht de door het Zorginstituut uitgebrachte adviezen te passeren. Dit omdat volgens verzoeker het Zorginstituut zijn conclusie onvoldoende motiveert. Verzoeker voert hierbij aan dat het Zorginstituut (i) een verkeerd beoordelingskader hanteert, (ii) geen medisch-wetenschappelijk oordeel geeft, maar een juridisch oordeel dat geen wettelijke basis heeft, en (iii) niet heeft onderbouwd waarom de follow-up bij de gevonden gerandomiseerde studie te kort zou zijn.

De commissie merkt met betrekking tot (i) op dat verzoeker moet worden toegegeven dat het Zorginstituut ten onrechte uitgaat van het Beoordelingskader 2023. Dit omdat, zoals verzoeker terecht stelt, het moment van de aanvraag (2022) bepalend is. Verzoeker wordt hierdoor echter niet benadeeld omdat het Beoordelingskader 2023 een verfijning is van de eerdere versie (januari 2015) en thans ook de context van de behandeling en de ziekte worden meegewogen, waar het voorheen met name ging om de beoordeling van het wetenschappelijk bewijs. Ook met betrekking tot (ii) volgt de commissie verzoeker niet. Het Zorginstituut komt zowel in het voorlopig advies als in het definitief advies tot de conclusie dat de gevonden gerandomiseerde studie onvoldoende is om te concluderen dat HBOT bij de indicatie Long-Covid voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Een van de argumenten hiervoor is dat het aantal deelnemers aan de gevonden gerandomiseerde studie klein was en dat, gelet op het feit dat Long-Covid een veel voorkomende aandoening is, er meer RCT-studies met grotere groepen noodzakelijk zijn. Verzoeker heeft dit bestreden, waarbij hij erop heeft gewezen dat 'incidentie' en 'prevalentie' geen wettelijke basis hebben.

De commissie overweegt dat op grond van het beoordelingskader uit 2015 evidence based medicine het leidende principe is. Dit wordt onderschreven door, de Hoge Raad in diens arrest van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469). In rechtsoverweging 4.3.2 wordt gesteld dat pas als uit ten minste twee kwalitatief verantwoorde studies (goede kwaliteit en voldoende omvang) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de 'goudenstandaardbehandeling' de nieuwe behandeling als effectief wordt beschouwd. Verder wordt in rechtsoverweging 4.3.4 van voornoemd arrest overwogen dat de beoordeling door het CVZ (thans het Zorginstituut) overeenstemt met hetgeen de wetgever bij het criterium 'stand van de wetenschap en de praktijk' voor ogen heeft gestaan. Eén gerandomiseerde studie met 73 deelnemers voldoet in die zin niet. Ook het laatste argument van verzoeker (iii) kan niet overtuigen. Zoals het Zorginstituut in zijn voorlopig advies uiteenzet was de follow-up van de door verzoeker genoemde RCT slechts drie weken. De commissie volgt het Zorginstituut in zijn conclusie dat na ommekomst van die periode nog niet kan worden beoordeeld wat de effecten van HBOT zijn op de langere termijn, in ieder geval niet voor deze specifieke aandoening.

- 8.6. Gelet op het voorgaande ziet de commissie in hetgeen verzoeker in zijn brief van 15 november 2023 heeft gesteld geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt zij

de hierin opgenomen conclusie, te weten dat HBOT bij de indicatie Long-Covid niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, over. Dit betekent dat de aangevraagde behandeling (nog) niet behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering en daarom niet voor verstrekking of vergoeding ten laste van deze verzekering in aanmerking komt. De - niet onderbouwde - stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten te vergoeden in afwachting van de uitkomst van eventueel nader onderzoek naar HBOT bij de indicatie Long-Covid wordt door de commissie gepasseerd. De verwijzing, door verzoeker, naar de solidariteitsgedachte die aan de Zvw ten grondslag ligt, wordt voor kennisgeving aangenomen. Deze solidariteitsgedachte reikt namelijk slechts zover dat sprake is van verzekerde zorg voor alle onder de Zvw verzekerde personen, en aard en omvang hiervan worden bepaald door de Zvw en de hierop gebaseerde uitvoeringsbesluiten. De wet biedt niet de mogelijkheid rekening te houden met de financiële positie van een individu of groep van verzekerden door oprekking van het verzekerde pakket. Dat anderen de kosten van niet-verzekerde zorg wellicht voor eigen rekening kunnen nemen doet hieraan niet af. De op de Zvw gebaseerde verzekering dekt naar zijn aard niet alle zorg die wordt aangeboden. Dit is een gevolg van de keuze van de wetgever waaraan de commissie is gebonden.

#### *Klachtbehandeling door de ziektekostenverzekeraar*

- 8.7. Verzoeker heeft gesteld dat hij een oordeel van de commissie wenst over de wijze van klachtbehandeling in het algemeen door de ziektekostenverzekeraar. Met betrekking hiertoe merkt de commissie ten eerste op dat verzoeker dit verzoek niet op schrift heeft gesteld. Daarnaast heeft verzoeker dit punt pas op de zitting naar voren gebracht. Dit punt wordt om redenen van goede procesorde door de commissie niet in behandeling genomen, omdat het te laat in te procedure voor het eerst aan de orde is gesteld, terwijl geen feiten of omstandigheden zijn gesteld waaruit valt op te maken dat verzoeker in een eerder stadium van de procedure niet in de gelegenheid was om dit punt aan te voeren.
- Een en ander neemt niet weg dat de commissie opmerkt dat de klachtbehandeling door de ziektekostenverzekeraar op sommige punten wel beter had gekund. Zo dient een verzekeraar op grond van artikel 13 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' van de Nederlandse Zorgautoriteit zijn afwijzende beslissing duidelijk te motiveren. Voor een verzekerde moet de afwijzing volledig, juist, tijdig en begrijpelijk zijn onderbouwd. Met het voorgaande als uitgangspunt had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen beter te onderbouwen waarom HBOT bij de indicatie Long-Covid niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er kan echter niet worden geconcludeerd dat vanwege de beperkte onderbouwing de gehele klachtbehandeling door de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig is geweest.
- Het feit dat de ziektekostenverzekeraar bij zijn brief van 3 april 2023 een polisblad heeft meegestuurd van een andere zorgverzekeraar maakt het voorgaande niet anders. Zoals uit de stukken blijkt is de HBOT voortgezet tot en met 9 januari 2023 en was het oorspronkelijke verzoek gericht op vergoeding van de met de behandeling gemoeide kosten. Nadat verzoeker duidelijk had gemaakt dat het geschil beperkt bleef tot 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat hij het polisblad niet had mogen opvragen bij de zorgverzekeraar en dat hij dit niet had mogen doorsturen. Van het polisblad is door hem verder geen gebruik gemaakt.
- Zonder zich uit te spreken over de al dan niet aanwezige verwerkingsgrondslag in het kader van de AVG, stelt de commissie vast dat de op het polisblad 2023 vermelde persoonsgegevens van verzoeker overwegend al bekend zijn bij de ziektekostenverzekeraar en bij de commissie.
- Voor zover verzoeker meent dat hij vanwege de klachtbehandeling of de schending van zijn privacy aanspraak kan maken op een schadevergoeding, zal hij zich - gelet op het bepaalde in het toepasselijke reglement, waaruit volgt dat de commissie hiervoor geen schadevergoeding kan toekennen - moeten wenden tot de overheidsrechter.

#### *Vergoeding kosten procedure*

- 8.8. Verzoeker heeft - naast de onder 8.7. bedoelde schadevergoeding - vergoeding gevorderd van de kosten die hij heeft moeten maken in verband met de onderhavige procedure alsmede van het

betaalde entreegeld. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat de kosten niet in redelijkheid zijn gemaakt en dat ook de hoogte van de kosten niet redelijk is.

De commissie overweegt dat uit artikel 21 van het toepasselijke reglement voortvloeit dat het uitgangspunt is dat eenieder de kosten draagt die hij maakt. Op grond van artikel 21.2 kan de commissie echter anders beslissen. Een voorwaarde om af te wijken is dat de commissie het gedane verzoek geheel of gedeeltelijk toewijst. In de onderhavige kwestie is geoordeeld dat het verzoek tot vergoeding van de kosten van HBOT wordt afgewezen. Om die reden bestaat geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar te veroordelen in de kosten van de procedure of hem te verplichten tot vergoeding van het betaalde entreegeld.

*Slotsom*

8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 december 2023,

J.W. Heringa

### **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](http://www.rechtspraak.nl).*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

## 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°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

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

6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;

b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:

1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

3°. verlamde of verslachte 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 gehemeltespelen, 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.



### Let op

Vraag bij uw zorgaanbieder naar zijn behandel tarief en de behandelcode voor de behandeling. Met de behandelcode kan de maximale vergoeding worden bepaald. Houdt u rekening met onverwachte omstandigheden, zoals complicaties, vervolgbehandelingen, een andere behandelcode of uitstel van de behandeling. Een andere behandelcode of het uitstellen van een behandeling kan namelijk van invloed zijn op het vergoedingsbedrag. Door complicaties of vervolgbehandelingen kan het zijn dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder extra kosten in rekening brengt. Het bedrag dat u zelf moet betalen kan dan hoger uitvallen.

## De Anderzorg Zorgvinder

Anderzorg maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met Anderzorg een overeenkomst hebben, vindt u via 'De Anderzorg Zorgvinder', op [anderzorg.nl/zorgvinder](https://anderzorg.nl/zorgvinder).



### Let op

Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

## Overeengekomen volume (omzetplafond)

Als Anderzorg een overeenkomst heeft met een zorgaanbieder kan het zijn dat er een afspraak is gemaakt over een maximaal volume (omzetplafond). Dit kan tot gevolg hebben dat de zorgaanbieder u niet meer zelf in behandeling hoeft te nemen, als zijn omzetplafond (bijna) is bereikt. De zorgaanbieder, of Anderzorg, helpt u dan een andere zorgaanbieder te vinden die u wél kan behandelen. Als er met een zorgaanbieder afspraken zijn gemaakt over het volume (omzetplafonds), staat dat in de Zorgvinder aangegeven. Bent u al in behandeling als de zorgaanbieder zijn omzetplafond bereikt? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling afmaken bij uw zorgaanbieder.

## De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden worden bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in



het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

## Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

## Redelijke termijn en afstand

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

## Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 4, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 8, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 12, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 16, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 22.



### Let op

Sommige behandelingen worden gedeclareerd met een *behandelcode*, in officiële woorden heet dat: DBC-zorgproduct (diagnose behandelcombinatie), bijvoorbeeld de zorg die u in een ziekenhuis krijgt. Een DBC-zorgproduct omvat alle activiteiten en verrichtingen die het ziekenhuis en de medisch specialist uitvoeren voor diagnose en behandeling. Voor een DBC-zorgproduct declareert het ziekenhuis één bedrag. Als een DBC-zorgproduct in 2 jaren achter elkaar valt, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar waarin het DBC-zorgproduct is begonnen (openingsdatum). Dus als een DBC-zorgproduct wordt geopend in 2022 en gesloten in 2023, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar 2022. Als na het sluiten van een DBC-zorgproduct een nieuw (vervolg)DBC-zorgproduct wordt geopend, dan moet u voor dat nieuwe DBC-zorgproduct opnieuw eigen risico betalen.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Anderzorg uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Anderzorg) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Anderzorg. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Anderzorg. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.