



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW
Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg, transarteriële chemo-embolisatie (TACE),
sarcoom en carcinosarcoom van de uterus, stand wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 202001567

Zittingsdatum : 17 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 9 juli 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft met dagtekening 26 oktober 2020 (door de commissie ontvangen op 2 december 2020) per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 3 december 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Op 18 januari 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020052364) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 19 januari 2021 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 maart 2021 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 24 maart 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 29 maart 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster is gediagnostiseerd met een agressieve vorm van kanker die volgens de artsen in Nederland ongeneeslijk is. Zij heeft zich daarom gewend tot dr. Vogl in Frankfurt am Main (Duitsland) voor behandelingen met transarteriële chemo-embolisatie (hierna: TACE). Verzoekster heeft op 12 augustus 2019 een eerste behandeling ondergaan en de kosten hiervan heeft zij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

3.3. Naar aanleiding van haar declaratie van 27 augustus 2019, heeft de ziektekostenverzekeraar op 11 september 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de behandelingen met TACE niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.

3.4. Op 11 september 2019, 9 oktober 2019 en 14 november 2019 heeft verzoekster vervolghandelingen met TACE gehad.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Op 13 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 18 januari 2021 heeft het Zorginstituut de commissie per brief geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Daarbij heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"Stand van de wetenschap en praktijk

Om te kunnen beoordelen of TACE bij de indicatie 'recidief leiomyosarcoom van de uterus' verzekerde zorg is, moet de vraag beantwoord worden of TACE bij deze indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Om dat te kunnen bepalen werd op 7 januari 2021 een literatuuronderzoek verricht in Medline (Pubmed).

Er werden geen studies gevonden waarin de effectiviteit van TACE bij een (recidief) leiomyosarcoom van de uterus is onderzocht. De artikelen die gevonden werden beschreven met name de resultaten van TACE bij lever-, bot- of longmetastasen van een leiomyosarcoom. Enkele case reports/case series richtten zich op het effect van TACE als behandeling van het leiomyosarcoom zelf. In geen van de beschreven casus betrof het een leiomyosarcoom van de uterus.

Ook in de nationale en internationale richtlijnen met betrekking tot het leiomyosarcoom van de uterus wordt TACE niet genoemd als behandeloptie.

Op basis van bovenstaande kan niet geconcludeerd worden dat TACE een aangetoond effectieve behandeling is bij een recidief leiomyosarcoom van de uterus."

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de behandelingen met TACE in Duitsland moet vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook is hierin het relevante artikel uit Vo. nr. 883/2004 opgenomen. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aangehaald. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Verzoekster heeft voorafgaand aan de op 12 augustus 2019 ondergane behandeling de ziektekostenverzekeraar niet om toestemming gevraagd. Om die reden blijft de verordening buiten toepassing. Dit op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). Het recht op vergoeding van deze behandeling dient daarom uitsluitend te worden beoordeeld op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Voor de behandelingen op 11 september 2019 en 9 oktober 2019 werd de ziektekostenverzekeraar wél vooraf toestemming gevraagd en hiervoor geldt dat moet worden beoordeeld of deze op grond van de verordening al dan niet terecht is geweigerd. In dat verband is onder andere van belang of de onderhavige zorg is verzekerd op grond van de zorgverzekering. Met de Europese regelgeving is namelijk geen uitbreiding van de verzekerde prestaties op basis van de sociale ziektekostenverzekering van de bevoegde lidstaat (Nederland) beoogd.

- 6.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij is gediagnostiseerd met een agressieve vorm van kanker die volgens de behandelend artsen in Nederland ongeneeslijk is. Opereren is geen optie, en de enige mogelijkheid die er is, bestaat uit algehele chemobehandelingen. Deze zijn uitsluitend gericht op het verlengen van het leven en niet op genezing. Een nadeel van de chemobehandelingen is dat deze niet lokaal zijn. Gelet op de zwakke gezondheidssituatie van verzoekster is het de vraag of zij deze behandelingen überhaupt aan kan.

Het Universitätsklinikum in Frankfurt biedt daarentegen behandelingen door middel van lokale chemotherapie, waarna zelfs een operatieve ingreep tot de mogelijkheden behoort. Daarnaast zijn de behandelingen gericht op genezing in plaats van het verlengen van het leven. Gelet op dit perspectief heeft verzoekster ervoor gekozen vier behandelingen te ondergaan. De kosten van deze behandeling heeft zij met hulp van familie, vrienden en de kerk betaald. Omdat de ziektekostenverzekeraar de kosten niet wil vergoeden, heeft zij de behandelingen hierna noodgedwongen moeten staken.

Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoen de behandelingen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit bestrijdt verzoekster ten zeerste. Ten eerste volgt uit een nieuwsbrief van het Zorginstituut van 11 februari 2014 dat toepassing van TACE bij bijvoorbeeld levermetastasen een duidelijk effect heeft op de hormoonproductie en de symptomen daarvan. Daarmee voldoet de TACE wel aan het criterium van de internationale stand van wetenschap. Niet valt in te zien waarom dit voor het soort kanker van verzoekster niet het geval is. Uit de onderzoeken die zijn uitgevoerd na twee behandelingen in Duitsland blijkt bovendien dat de tumor met drie centimeter is geslonken.

Tot slot stelt verzoekster zich op het standpunt dat, indien de behandelingen met TACE niet voor vergoeding in aanmerking komen, in ieder geval de kosten van bijvoorbeeld de scans die zij in Duitsland heeft gehad, moeten worden vergoed.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de behandelingen met TACE in verband met een recidief leiomyosaroom van de uterus geen verzekerde prestatie vormen. Dit omdat deze behandelingen niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De meerwaarde van de behandelingen met TACE bij deze indicatie is, in tegenstelling tot andere indicaties, nog niet wetenschappelijk aangetoond. Weliswaar heeft het Zorginstituut bepaald dat TACE bij enkele specifieke indicaties wel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, maar de indicatie van verzoekster behoort niet tot die betreffende indicaties waarover het Zorginstituut positief heeft geoordeeld.

Los van het feit dat de behandelingen met TACE bij deze indicatie niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, geldt dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar niet voorafgaand om toestemming hiervoor heeft gevraagd. Dit is voor planbare zorg in het buitenland echter wel vereist. De ziektekostenverzekeraar heeft alleen voor de eerste behandeling een declaratie ontvangen. Voor de overige behandelingen heeft de ziektekostenverzekeraar geen declaratie ontvangen, laat staan dat hiervoor vooraf om toestemming is gevraagd.

Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij de stelling van verzoekster, dat zij de behandelingen intussen noodgedwongen heeft moeten staken, niet aannemelijk acht. Uit de overgelegde stukken blijkt dat maximaal vier behandelingen nodig zijn. Deze vier behandelingen zijn ook daadwerkelijk uitgevoerd en door verzoekster met hulp van anderen betaald.

- 6.5. De commissie overweegt dat zij in de eerste plaats moet beoordelen of de door verzoekster ondergane behandelingen met TACE in verband met een recidief leiomyosaroom van de uterus voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2, vijfde lid, 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.
- 6.6. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.7. 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 advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.8. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.9. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de door verzoekster ondergane behandelingen met TACE in verband met recidief leiomyosaroom van de uterus. Het advies van 18 januari 2021 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut geeft aan dat op 7 januari 2021 een literatuuronderzoek is verricht in Medline (Pubmed). Hierin werden geen studies gevonden waarin de effectiviteit van TACE bij een (recidief) leiomyosaroom van de uterus is onderzocht. Ook in de nationale en internationale richtlijnen met betrekking tot het leiomyosaroom van de uterus wordt TACE niet genoemd als behandeloptie. De conclusie van het Zorginstituut is dat niet kan worden geconcludeerd dat TACE een aangetoond effectieve behandeling is bij een recidief leiomyosaroom van de uterus. De commissie ziet geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.
- 6.10. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd ten aanzien van de mogelijke voordelen van de behandelingen met TACE ten opzichte van de reguliere behandelmethoden in Nederland maakt het voorgaande niet anders. Hetzelfde geldt voor de stelling van verzoekster dat zij de behandelingen moest staken omdat zij deze niet meer kon betalen. Nog daargelaten dat de ziektekostenverzekeraar onweersproken heeft gesteld dat van meet af aan vier behandelingen waren gepland, welke behandelingen vervolgens ook zijn uitgevoerd, is door verzoekster verder niet onderbouwd om welke reden het onaanvaardbaar zou kunnen zijn dat toepassing van de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen beperking tot zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk in haar specifieke situatie leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dit alles neemt overigens niet weg dat de commissie kan begrijpen dat verzoekster de keuze voor behandeling in Duitsland heeft willen maken.
- 6.11. Tot slot is door verzoekster het standpunt ingenomen dat, indien de behandelingen met TACE niet voor vergoeding in aanmerking komen, zij vergoeding van "een deel van de behandeling, bijvoorbeeld de scans" vordert. Tijdens de hoorzitting is door verzoekster toegelicht dat het gaat

om de vergoeding van een viertal uitgevoerde CT-scans. Hiertoe geldt dat omdat de kosten van deze scans samenhangen met een behandeling waarop op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat, die betreffende kosten evenmin voor vergoeding in aanmerking komen. Desalniettemin heeft de ziektekostenverzekeraar tijdens de hoorzitting verklaard één CT-scan, ten bedrage van € 378,87, alsnog te vergoeden. De commissie zal in deze beslissing niet treden. Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de kosten van de behandelingen met TACE te vergoeden op grond van de zorgverzekering. Tevens is verzoekster om die reden de gevraagde toestemming op basis van de verordening voor de behandelingen in september en oktober 2019 terecht onthouden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor behandelingen met TACE. Daarom kan het verzoek niet op grond van die verzekering worden ingewilligd.

6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 maart 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

Artikel 2 De grondslag van uw zorgverzekering

lid 1 De basis

De verzekeringnemer heeft bij ons een zorgverzekering afgesloten. Deze zorgverzekering is gebaseerd op:

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

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

lid 2 Interpretatieverschillen

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

lid 3 De verzekeringspas

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

lid 4 Aard van uw zorgverzekering

Uw zorgverzekering is een combinatieverzekering. Dat wil zeggen dat u recht heeft op vergoeding van (de kosten van) zorg en vrij bent in de keuze van zorgaanbieder.

De zorgaanbieders kunnen de nota's rechtstreeks naar ons sturen als wij dit met hen hebben afgesproken. In andere situaties kunt u de nota's zelf naar ons toesturen. Zie www.dsw.nl/consumenten/zorgverzekering/zorgverleners voor het 'overzicht zorgverleners' met wie wij afspraken hebben gemaakt. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

lid 5 Inhoud en omvang van zorg

In deze polisvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

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

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

Artikel 3 Werkgebied

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

worden aangevraagd. De aanvraag moet uiterlijk twee weken voor afloop van de drie maanden worden ingediend. Bij de aanvraag moet de behandelaar (huisarts, SO of AVG) de diagnose, de prognose, doelstelling en het zorgplan omschrijven en motiveren.

- Indien het ELV wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder dan moet er van te voren bij de verzekeraar toestemming gevraagd worden, tenzij sprake is van een acute situatie die een direct ELV noodzakelijk maakt. Hierbij zal aangegeven moeten worden wat de diagnose en prognose van de cliënt is en wat de doelstelling van het verblijf is.

Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een instelling met verblijfsplaatsen. Deze organisatie heeft verpleegkundigen en verzorgenden in dienst. De zorg wordt verleend onder directe medische verantwoordelijkheid van de behandelend arts (huisarts, SO of AVG).

Uitsluitingen

Vanuit de aanspraak ELV worden de volgende situaties niet vergoed:

- Bij een ernstig en/of acuut psychiatrisch beeld en dusdanige gedragsproblematiek dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis geïndiceerd is;
- Bij somatische aandoeningen die behandeling behoeven door een medisch specialist in combinatie met verblijf;
- Bij haalbare revalidatiedoelen waarvoor medisch specialistische revalidatiezorg of geriatrie revalidatiezorg (GRZ) aangewezen is;
- Indien respijtzorg aangewezen is. Er is/dreigt voor de patiënt geen gezondheidsbedreigende situatie en er is geen (specifieke) medische behandeling noodzakelijk;
- Indien er hoofdzakelijk sociale problemen zijn zoals op het gebied van wonen en/of financiën;
- Indien een verzekerde met een Wlz-indicatie, de zorg verzilvert in een intramurale Wlz instelling (verblijf en behandeling) of in de thuissituatie op basis van een Module Pakket Thuis (MPT) of Volledig Pakket thuis (VPT).

lid 3 Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding.

Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 18 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Algemeen

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

- medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch) (zie lid 2 van dit artikel);
- behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3 van dit artikel).

Voor de volgende vormen van medisch-specialistische zorg gelden andere voorwaarden: revalidatie (artikel 23 van deze polisvoorwaarden), mondzorg door een kaakchirurg (artikel 33 van deze polisvoorwaarden), curatieve GGZ (artikelen 37 en 38 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 42 van deze polisvoorwaarden). In de genoemde artikelen vindt u onder welke voorwaarden deze zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

lid 2 Klinische en niet-klinische medisch-specialistische zorg

lid 2.1 Te vergoeden zorgkosten

lid 2.1.1 Medisch-specialistische zorg met opname (klinische zorg)

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

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

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

lid 2.1.2 Medisch-specialistische zorg zonder opname (niet-klinische zorg)

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

lid 2.2 Voorwaarden

Algemeen

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

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

- a. voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- b. voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Voor meer informatie zie www.dsw.nl.

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

Verwijzing

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

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

lid 2.3 Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst

Wettelijk maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van zorg verleend door niet-gecontracteerde zelfstandige laboratoria, trombosedienssen, instellingen voor medisch-specialistische revalidatie en kaakchirurgische behandelcentra. Hierbij vergoeden wij 75% van de rekening gebrachte kosten.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

lid 3 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

lid 3.1 Te vergoeden zorgkosten

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

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

lid 3.2 Voorwaarden

Algemeen

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

Machtiging

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

Verwijzing

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

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

lid 3.3 Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

lid 4 Beperkingen en uitsluitingen rond vruchtbaarheidsgerelateerde zorg

Beperkingen

Voor vruchtbaarheidsgerelateerde zorg gelden de volgende beperkingen:

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

Een IVF-poging bestaat uit 4 fasen:

1. hormonale behandeling die de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw bevordert;

2. de follikelpunctie;
3. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
4. Het een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's ('verse' embryo's of 'cryo' (ingevroren) embryo's) in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Niet vergoed wordt de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

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

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

Uitsluitingen

De volgende vruchtbaarheidsgerelateerde zorg wordt niet vergoed:

- a. de vierde of volgende IVF-poging per doorgaande zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd. Na de derde poging worden ook de daarbij behorende geneesmiddelen niet vergoed;
- b. eicel- en spermadonatie, cryopreservatie en transplantatie van ovariumweefsel;
- c. sterilisatiebehandelingen;
- d. behandelingen om sterilisatie ongedaan te maken.

lid 5

Uitsluitingen medisch specialistische zorg

De volgende medisch-specialistische zorg wordt niet vergoed:

- a. behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden als geen sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking, een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als:
 - i. bij u geen gehele of gedeeltelijke borst amputatie is uitgevoerd;
 - ii. bij u geen agenesie of aplasie van de borst aanwezig is indien u een vrouw bent of sprake is van een vastgestelde transsexualiteit.
- d. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen die besnijdenis (circumcisie) tot doel hebben, anders dan medisch noodzakelijk;
- g. behandeling met een redressiehelm in geval van plagiocephalie en brachycephalie zonder craniosynostose.

Artikel 19 Voorwaardelijk toegelaten zorg

lid 1

Voorwaardelijk toegelaten zorg

De zorg bedoeld in artikel 2 lid 5, laatste volzin van deze polisvoorwaarden omvat tevens:

- a. tot 1 juli 2019 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals omschreven in lid 2 van dit artikel;
- b. tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hyperthermie

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.4

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

- embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en 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.

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. (...)”

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.

Zorgverzekeringswet

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.