

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te D, en CZ Zorgverzekeringen N.V. en OWM CZ groep U.A., beide te Tilburg
Zaak	: Verenigde Staten, medisch-specialistische zorg, (super)selectieve neurectomie bij synkinesie bij facialisparese, stand wetenschap en praktijk, substitutie
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Rzv
Zaaknummer	: 202202365
Zittingsdatum	: 27 september 2023

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

1. Partijen

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

en

1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,

2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 26 december 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 december 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 10 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 februari 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 17 april 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023006230) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut de commissie nader onderzoek te laten doen. Om een en ander goed te kunnen beoordelen dienen medische documenten en informatie van de behandelend artsen te worden overgelegd. Daarnaast dient de ziektekostenverzekeraar aan te geven of en in hoeverre de in de Verenigde Staten uitgevoerde interventie, of onderdelen daarvan, overeenkomen met (een) in Nederland gangbare behandeling(en).
- 2.4. Een kopie van het voorlopig advies van het Zorginstituut is op 17 april 2023 aan partijen gestuurd. De commissie heeft verzoekster in de begeleidende brief gevraagd de nadere stukken, zoals benoemd in het advies van het Zorginstituut van 17 april 2023, aan te leveren. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 16 mei 2023 een vijftal (medische) stukken gestuurd. Afschriften hiervan zijn op 17 mei 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Daarnaast heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de begeleidende brief verzocht het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies van het Zorginstituut van 17 april 2023, uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 juni 2023 gereageerd. Een kopie hiervan is aan verzoekster gestuurd.
- 2.5. Het e-mailbericht van verzoekster van 16 mei 2023 inclusief de bijlagen en de brief van de ziektekostenverzekeraar van 2 juni 2023 zijn op 5 juni 2023 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een nader voorlopig advies uit te brengen, ditmaal met inachtneming van hetgeen door partijen is ingebracht. Bij brief van 31 augustus 2023 heeft het Zorginstituut het nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 5 september 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 september 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 3 oktober 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 31 augustus 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 17 oktober 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZdirect Basisverzekering (NaturaDirect) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen CZdirect Aanvullend 5 en CZdirect Tand 1 75% (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij verzoekster is in november 2019 vastgesteld dat zij een tumor had in haar hoofd, ter hoogte van het linkeroor. De aanwezigheid van de tumor heeft geleid tot uitval van de linker aangezichtsenuw. Omdat de artsen in Nederland verzoekster niet konden helpen, is zij door de behandelend KNO-arts doorverwezen naar een medisch specialist in Los Angeles, Verenigde Staten. Tijdens een opname aldaar, in de periode van 17 mei 2021 tot en met 28 mei 2021, is bij verzoekster een selectieve neurectomie uitgevoerd.
- 3.3. Bij terugkomst in Nederland heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten van de in de Verenigde Staten uitgevoerde selectieve neurectomie, inclusief bijkomende kosten, te vergoeden. Bij brief van 21 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 29 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 17 april 2023 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd nader onderzoek te verrichten.
- 3.6. Bij brief van 31 augustus 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie primair verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden alle kosten (totaal € 54.886,18) die samenhangen met de in Los Angeles uitgevoerde selectieve neurectomie, te vergoeden. Subsidiair heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden een vergoeding te betalen ter hoogte van de kosten van de operatie die verzoekster als 'second best' zou hebben laten uitvoeren in Nederland.
- 4.2. Bij verzoekster is in 2019 een tumor in haar hoofd ontdekt. Om verdere doorgroei van deze tumor tegen te gaan, is verzoekster ongeveer 25 keer bestraald.
Met een jaarlijkse PET-scan wordt gevolgd of de tumor is gegroeid. Een bijkomend gevolg van de aanwezigheid van de tumor is dat de linker aangezichtsenuw onherstelbaar beschadigd is geraakt. De uitval van deze aangezichtsenuw heeft ervoor gezorgd dat de kwaliteit van leven van verzoekster is verslechterd. Zo is zij in een ernstige depressie geraakt.
Op advies van haar behandelend KNO-arts in Nederland is zij in contact gekomen met een chirurg in de Verenigde Staten. Deze chirurg kon, door middel van het uitvoeren van een selectieve neurectomie, de gelaatsuitdrukkingen van verzoekster voor een belangrijk

deel herstellen. Gelet op haar psychische gesteldheid heeft verzoekster ervoor gekozen deze behandeling te laten uitvoeren.

- 4.3. Nadat de ingreep was uitgevoerd heeft verzoekster de kosten hiervan en alle kosten die samenhangen met de reis en het verblijf in de Verenigde Staten (o.a. vliegtickets, verblijf in het hotel, taxikosten, medicatie en PCR-testen) bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten afgewezen omdat de ingreep niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan zich met dit besluit niet verenigen, omdat de arts in de Verenigde Staten een gediplomeerd arts is en met zijn ingreep een goed resultaat is behaald. Daar komt bij dat de ingreep mogelijk experimenteel is, maar als er niet eerst mee wordt geëxperimenteerd, zal deze nooit voor vergoeding in aanmerking komen. Mocht de commissie tot de conclusie komen dat de ondergane ingreep inderdaad niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, dan verzoekt verzoekster de commissie te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden een vergoeding te betalen ter hoogte van de kosten van de operatie die verzoekster als 'second best' zou hebben laten uitvoeren in Nederland.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop toegelicht dat de selectieve neurectomie ervoor heeft gezorgd dat de gezichtsuitdrukkingen voor 90% zijn verbeterd. Daarnaast is de groei van de tumor tot stilstand gekomen. Dit alles heeft de kwaliteit van leven van verzoekster enorm doen toenemen. Het is voor verzoekster zeer teleurstellend dat de ziektekostenverzekeraar de uitgevoerde ingreep niet vergoedt. De redenen van het niet vergoeden kan verzoekster evenmin volgen. Dit omdat een leerling van de chirurg die verzoekster heeft geopereerd nu ook een aantal keren naar Nederland is gekomen om ook daar enkele selectieve neurectomies uit te voeren. De conclusie is dat iedereen die een dergelijke ingreep heeft laten uitvoeren zeer tevreden is. Voor veel verzekerden, en in het bijzonder voor verzoekster, geldt dat zij geen andere keus hebben. Het is ofwel leren leven met een aanzienlijke verlamming of zich laten behandelen en de hiermee gemaakte kosten zelf betalen.
- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de door verzoekster ondergane behandeling, te weten een selectieve neurectomie, niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering mag slechts die zorg worden vergoed, die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat er voldoende wetenschappelijk bewijs moet zijn waaruit de effectiviteit van de behandeling blijkt. Door de ziektekostenverzekeraar is in Pubmed gezocht naar wetenschappelijke artikelen van goede kwaliteit over een selectieve neurectomie bij de indicatie van verzoekster. Deze werden niet gevonden. Gebleken is dat de selectieve neurectomie alleen kleinschalig is onderzocht. De mate van bewijs is daarmee van lage kwaliteit zodat meer onderzoek nodig is om de effectiviteit te kunnen vaststellen. Samenvattend is er thans onvoldoende internationaal wetenschappelijk bewijs voorhanden waaruit blijkt dat een selectieve neurectomie voldoende effect heeft. Deze behandeling voldoet daarom niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en kan om die reden niet vanuit de basisverzekering worden vergoed. De na het voorlopig advies van het Zorginstituut door verzoekster overgelegde stukken maken het voorgaande niet anders. Verder geldt dat, aangezien de selectieve neurectomie als zodanig niet voor vergoeding in aanmerking komt, evenmin aanleiding bestaat om de aanverwante ingrepen als individuele, zelfstandige behandelingen te beoordelen.
- 5.2. Ook het subsidiaire verzoek van verzoekster voor een vergoeding ter hoogte van de kosten van een medische behandeling die niet heeft plaatsgevonden (voor bijzondere neurochirurgie zwaartegroep 5, zorgproductcode 972802082) kan niet worden toegewezen. Het uitgangspunt van het zorgverzekeringsstelsel is dat alleen daadwerkelijk genoten zorg kan worden

vergoed, mits is voldaan aan de voorwaarden voor vergoeding van die zorg. De wet noch de verzekeringsovereenkomst biedt voor toewijzing van het subsidiaire verzoek een grondslag.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat hij begrip heeft voor de keuze die verzoekster heeft gemaakt. Dit begrip maakt echter nog niet dat de kosten van de ingreep kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit omdat een selectieve neurectomie (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.4. 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. Bij brief van 17 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Stand van de wetenschap en praktijk

Om te kunnen beoordelen of een selectieve neurectomie bij aangezichtsverlamming verzekerde zorg is, moet de vraag worden beantwoord of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hiervoor moet worden beoordeeld of de behandeling bij een bepaalde indicatie (diagnose) effectief is. Het dossier bevat onvoldoende informatie om dit te kunnen beoordelen. Hiervoor is het volgende van belang.

Ten eerste is niet duidelijk wat de diagnose / uitgangssituatie van verzoekster was, namelijk welke behandeling(en) verzoekster voorafgaand heeft ondergaan in verband met de tumor en met welk resultaat. De Amerikaanse arts geeft in zijn brief van 28 april 2021 aan dat verzoekster hem consulteerde vanwege nervus facialis paralyse (verlamming) 'na resectie van een acoustisch neurinoom'. Als gevolg van deze verlamming had verzoekster onder meer problemen met de mond en articuleren, een afhangende gelaatshelft, een significante asymmetrie van het gezicht, onvermogen om te glimlachen en sociale isolatie. Een verwijsbrief van de KNO-arts/aangezichtschirurg van het UMC in Nederland ontbreekt echter. Verzoekster geeft aan dat de glomustumor bestraald is geweest (radiotherapie). De arts in de Verenigde Staten noemt een operatieve verwijdering van de tumor ('status na resectie tumor'). In hoeverre er tumorweefsel is dat zorgt voor inklemming / beknelling van de facialis zenuw is op grond van deze informatie niet duidelijk.

Ten tweede is niet exact duidelijk welke behandeling (interventie) precies is uitgevoerd bij verzoekster. Een verwijsbrief van de KNO-arts/aangezichtschirurg van het UMC in Nederland ontbreekt, evenals een gedetailleerd operatieverslag. De Amerikaanse arts noemt in zijn brief van 28 april 2021 een 'selectieve neurolyse'. De Nederlandse arts schrijft op 2 november 2021 dat er een 'super selectieve neurectomie' is verricht en daarnaast 'waarschijnlijk ook een re-innervatie procedure'.

Neurectomie is het doornemen of wegsnijden van (een deel van) een zenuw, en deze behandeling wordt ook in Nederland gedaan bij bepaalde indicaties, bijvoorbeeld bij bepaalde pijnsyndromen en bij spasticiteit. Neurolyse in de betekenis van vrijleggen van een (beknelde) zenuw is een behandeling die ook in Nederland voor verschillende diagnoses wordt toegepast. Afhankelijk van de locatie van de beknelde zenuw en/of de verwijzing kan dit uitgevoerd worden door een KNO-arts, neurochirurg, plastisch-reconstructief chirurg, algemeen of orthopedisch chirurg. Een andere betekenis van neurolyse is juist het belemmeren van een zenuw, zoals bijvoorbeeld chemische neurolyse bij spasticiteit of blokkade van perifere zenuwen.

Bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk is dan ook van belang wat de in de Verenigde Staten uitgevoerde interventie precies inhield. Het is niet uitgesloten dat de interventie of onderdelen hiervan overeenkomen met (een) in Nederland gangbare behandeling(en) die onder de verzekerde zorg vallen. Verzoekster geeft in haar schrijven aan de SKGZ bovendien aan dat de Nederlandse KNO-arts/aangezichtschirurg ook super selectieve

neurectomie operaties uitvoert, zij het "naar eigen zeggen te weinig om dezelfde expertise op te bouwen als de arts in de Verenigde Staten". Overigens worden (in de brief van de Nederlandse arts genoemde) re-innervaties ook in Nederland uitgevoerd.

Het is primair aan verweerder om te beoordelen of een bepaalde interventie onder de dekking van de polis valt. Verweerder heeft een oordeel gegeven over de stand van de wetenschap en praktijk, maar dit oordeel is gebaseerd op mogelijk onvolledige informatie. Verweerder zou met de nadere informatie moeten nagaan in hoeverre de behandeling - of onderdelen daarvan - overeenkomen met in Nederland gangbare behandeling(en) die onder de verzekerde zorg vallen.

Nader onderzoek

Om te kunnen beoordelen of een selectieve neurectomie bij aangezichtsverlamming in geval van verzoekster voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering, en in verband daarmee of de behandeling bij deze indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk moeten - kennelijk bestaande maar in de voorliggende stukken ontbrekende - medische documenten en zo nodig nadere informatie bij de behandelend artsen worden opgevraagd. Vervolgens dient verweerder aan te geven of en in hoeverre de in de Verenigde Staten uitgevoerde interventie, of onderdelen daarvan, overeenkomen met in Nederland gangbare behandeling(en). Als blijkt dat de interventie, of onderdelen daarvan, (ook) in Nederland tot verzekerde zorg behoren, kan verweerder daarvoor een DBC-zorgproductcode bepalen en daarop de hoogte van de vergoeding van de behandeling baseren.

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 31 augustus 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Om te kunnen beoordelen of de bij verzoekster uitgevoerde (super)selectieve neurectomie verzekerde zorg is, moet de vraag worden beantwoord of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In het (eerste) voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat het dossier onvoldoende informatie bevat om dit te kunnen beoordelen. Ten eerste was niet duidelijk wat de diagnose / uitgangssituatie van verzoekster was, namelijk welke behandeling(en) verzoekster voorafgaand heeft ondergaan in verband met de tumor en met welk resultaat. Ten tweede was niet exact duidelijk welke behandeling (interventie) precies is uitgevoerd bij verzoekster.

Aanvullende informatie

Naar aanleiding van het (eerste) voorlopig advies en na verzoek van de geschillencommissie zijn de volgende stukken van partijen ontvangen:

- een verwijfsbrief van 22 maart 2021 van de KNO-arts/aangezichts chirurg in Nederland aan de behandelend arts in de Verenigde Staten;
- een brief van 19 maart 2021 van de behandelend arts in de Verenigde Staten;
- documentatie van november 2020 e.v. (consult/intakeformulier) van de behandelend arts in de Verenigde Staten;
- een operatieverslag van 20 mei 2021;
- een brief van de KNO-arts/aangezichts chirurg in Nederland van 2 november 2021 aan verweerder;
- een brief van 2 juni 2023 van verweerder aan de SKGZ.

De KNO-arts/aangezichts chirurg in Nederland beschrijft in de verwijfsbrief van 22 maart 2021 de voorgeschiedenis. Verzoekster was voor de in 2018 gediagnosticeerde glomustumor onder behandeling bij het schedelbasisteam. Medio dat jaar ontwikkelde zich een parese (spierzwakte) van alle takken van de linker nervus facialis en werd besloten tot bestraling van de glomustumor. In de loop van 2018 ontwikkelde zich bij de facialisparese een spastische/synkinetische component, met opvallende oro-oculaire synkinese en beperkingen in glimlach en oogsluiting. Hierop werd

verzoekster naar de KNO-arts/aangezichtschirurg verwezen. De parese was volgens de KNO-arts te licht om een donorzenuwprocedure te overwegen (5-7, 12-7, crossover) en de behandeling spitste zich dan ook toe op de synkinesie. De behandeling bestond uit het driemaandelijks toedienen van botulinetoxine. Omdat dit matig effect had zocht en vond verzoekster de arts in de Verenigde Staten. De KNO-arts in Nederland geeft in de brief aan dat de Amerikaanse arts een van de weinigen is die focust op facialisparenese en leidend is wat betreft ervaring in super selectieve neurectomie (SSN) en hoe hij de techniek heeft gefinetuned. Bij nervus facialis patiënten wordt de toegevoegde waarde van een chirurgische behandeling verwezenlijkt door het verfijnen van een techniek, niet zozeer door de techniek zelf. Binnen de kennis, ervaring en finetuning van de in Nederland beschikbare nervus facialischirurgie zou de Nederlandse KNO-arts een super selectieve neurectomie afraden vanwege mogelijk teleurstellend resultaat. Daarentegen zou de afweging meer ten gunste van deze operatie zijn wanneer het door de Amerikaanse arts zou worden uitgevoerd. Maar ook dan zou er een daadwerkelijk risico zijn op teleurstellende resultaten, aldus de Nederlandse KNO-arts in de verwijsbrief.

In de brief van 2 november 2021 aan verweerder geeft de Nederlandse KNOarts/aangezichtschirurg aan dat het resultaat boven verwachting goed is bij verzoekster, de synkinesieën rondom linkeroog, bovenlip en kin zijn aanzienlijk verminderd en er is sprake van een vrijwel symmetrische excursie van haar mondhoeken. Naar zijn mening moet, met het huidige resultaat, de behandeling als proportioneel worden gezien en is die in het kader van haar kwaliteit van leven absoluut de moeite waard geweest. De KNO-arts verzoekt dan ook positief te adviseren op het verzoek tot vergoeding van deze behandeling.

In het operatieverslag van 20 mei 2021 wordt aangegeven dat selectieve neurectomie, transection and avulsion of the left facial nerve (selective neurectomy x 7), is uitgevoerd bij de zeven takken van de nervus facialis (van de vijftien tijdens de operatie onderzochte takken) die dysfunctioneel bleken te zijn. Ook werd de zenuwtak naar de musculus corrugator (wenkbrauwspier) omgeleid naar de musculus buccinator (wangspier), rerouting of left facial nerve (branch to corrugator rerouted to buccinator muscle), en werd een wenkbrauwlift links uitgevoerd en het aangrenzende weefsel geherpositioneerd.

Verweerder geeft - naar aanleiding van het (eerste) voorlopig advies van het Zorginstituut en de nagekomen stukken - in de brief van 2 juni 2023 (nogmaals) aan dat het om de indicatie aangezichtsverlamming gaat en dat selectieve neurectomie bij deze indicatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verweerder merkt hierbij op dat aangezien selectieve neurectomie niet voor vergoeding in aanmerking komt, er geen aanleiding bestaat de in het operatieverslag genoemde aanverwante ingrepen als op zichzelf staande behandelingen te beoordelen.

Stand van de wetenschap en praktijk

Het Zorginstituut leidt uit de nagekomen stukken af - in tegenstelling tot wat verweerder in voornoemde brief aangeeft - dat de behandelindicatie niet zozeer de aangezichtsverlamming (parese) maar de ongewenste meebewegingen (synkinese) betreft bij of na de facialisparese. De wetenschappelijke publicatie (systematische review van Shikara) die verweerder eerder, in de brief van 29 november 2022, heeft aangedragen betreft wel deze indicatie.

In geschil is de vraag of (super)selectieve neurectomie bij synkinesie bij facialisparese voldoet aan het in de Zvw gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

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 het feit dat alleen goed opgezette (prospectieve) studies worden geïncludeerd, is het tevens van belang dat de te beoordelen studies voldoende lange follow-up tijd hebben om de verwachte gunstige en ongunstige effecten te kunnen meten.

In de brief van 29 november 2022 geeft verweerder aan dat door diens medisch adviseur in Pubmed (medisch-wetenschappelijke database) werd gezocht naar publicaties over de aangevraagde behandeling. Er werden geen publicaties gevonden met een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek. Onder verwijzing naar de publicatie van Shikara geeft verweerder aan dat er kleinschalige, retrospectieve studies (waarin wordt terug geredeneerd van gevolg naar oorzaak) zijn met verschillende methoden en uitkomstmaten. De effectiviteit, ook op lange termijn, van selectieve neurectomie is daarmee nog onvoldoende aangetoond. Hiervoor is grootschaliger en beter kwalitatief onderzoek nodig, aldus verweerder.

Voor de volledigheid heeft het Zorginstituut in augustus 2023 een literatuursearch uitgevoerd naar klinische studies en systematische reviews over (super)selectieve neurectomie bij synkinesie bij facialisparese. Gezocht werd naar klinische trials en systematische reviews. Hieruit kwamen twee systematische reviews: Shikara (2023) en Lapidus (2020). De publicatie van Guntinas-Lichius (2022) bleek bij nadere lezing geen systematische review te zijn. Er zijn geen prospectieve klinische studies gevonden, zowel geen vergelijkende studies als niet vergelijkende prospectieve studies.

In de systematische reviews zijn alleen retrospectieve studies en enkele (zeer) kleine case series onderzocht. De enige prospectieve studie, in de systematische review van Lapidus, bleek om een andere operatie en andere indicatie te gaan (platysmectomie bij synkinesie en hypertonie van de halsspier, Hemstrom 2011). Over bijwerkingen/complicaties schrijven Lapidus et al dat de belangrijkste risico's van operatie verminderde kwaliteit van leven en noodzaak voor aanvullende behandeling zijn, en dat de beoordeling hiervan incompleet is door onvoldoende data. De auteurs van beide systematische reviews geven aan dat selectieve neurectomie een mogelijke optie is, aanvullend aan niet-invasieve behandelingen, maar ook dat de gevonden studies vertekend kunnen zijn (bias), dat er een 'gap in knowledge' is en dat goed opgezette prospectieve studies met een lange follow-up nodig zijn.

Verder heeft het Zorginstituut gezocht in richtlijnen. In de twee Nederlandse richtlijnen waarin nervus facialis aandoeningen zijn opgenomen wordt (super)selectieve neurectomie niet genoemd.

Door het ontbreken van goed opgezette prospectieve studies komt het Zorginstituut tot de conclusie dat (super)selectieve neurectomie bij synkinesie bij facialisparese op dit moment niet voldoet aan het in de Zorgverzekeringswet gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Verweerder heeft in de brief van 2 juni 2023 nog opgemerkt dat aangezien selectieve neurectomie niet voor vergoeding in aanmerking komt er geen aanleiding bestaat de in het operatieverslag genoemde aanverwante ingrepen als op zichzelf staande behandelingen te beoordelen. In reactie hierop merkt het Zorginstituut op dat het in eerste instantie aan verweerder is te beoordelen welk DBC-zorgproduct van toepassing is en welke uitgevoerde ingrepen daaronder vallen.

Het subsidiaire verzoek van verzoekster aan verweerder om een vergoeding te betalen ter hoogte van de kosten van een operatie die verzoekster als 'second best' zou hebben laten uitvoeren in Nederland, valt buiten de adviestaak van het Zorginstituut.

Conclusie

Een (super)selectieve neurectomie bij synkinesie bij facialisparese voldoet niet aan het in de Zorgverzekeringswet gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' en is daarom geen verzekerde zorg.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: de uitgevoerde (super)selectieve neurectomie maakt geen onderdeel uit van het basispakket en verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten hiervan vanuit de basisverzekering."

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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige 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.
- 8.2. Verzoekster heeft de ingreep ondergaan in de Verenigde Staten. Tussen Nederland en de Verenigde Staten is geen verdrag inzake sociale zekerheid gesloten. Om die reden zal de commissie in het vervolg toetsen of aanspraak bestaat op grond van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 8.3. Verzoekster heeft in mei 2021 in de Verenigde Staten een selectieve neurectomie laten uitvoeren. Nadien heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht de hiermee gemoeide kosten te vergoeden, welk verzoek is afgewezen.
De commissie begrijpt de wens van verzoekster zich voor haar klachten te laten behandelen en is verheugd te horen dat de ingreep ervoor heeft gezorgd dat de kwaliteit van leven aanzienlijk is verbeterd. Dit staat evenwel los van de taak van de commissie te beoordelen of de aangevraagde behandeling voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de zorgverzekering. Hiertoe overweegt de commissie het volgende.
- 8.4. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet in de eerste plaats worden beoordeeld of de bij verzoekster uitgevoerde ingreep bij de gegeven indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Met betrekking tot de indicatie geldt dat de ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van aangezichtsverlamming (parese), terwijl het volgens het Zorginstituut ongewenste meebewegingen (synkinesie) bij of na facialisparesie betreft. De commissie volgt het Zorginstituut in dezen en neemt bij de beantwoording van de vraag of een (super)selectieve neurectomie bij synkinesie bij of na facialisparesie zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk 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 aldus onze hoogste civiele rechter 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 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 voor de commissie.
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.

- 8.6. In zijn advies van 31 augustus 2023 beschrijft het Zorginstituut zijn beoordeling van de vraag of (super)selectieve neurectomie bij synkinesie bij of na facialisparesis voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- Het Zorginstituut merkt in dat verband op dat het in augustus 2023 een literatuuronderzoek heeft verricht in Medline (Pubmed). Hierbij is gezocht naar klinische trials en systematische reviews. Hierin werden geen klinische studies gevonden. Wel zijn twee systematische reviews gevonden: Shikara (2023) en Lapidus (2020). Deze reviews beschrijven alleen retrospectieve studies en enkele (zeer) kleine case series. Bovendien geven de auteurs van beide systematische reviews te kennen dat selectieve neurectomie een mogelijke optie is, aanvullend aan niet-invasieve behandelingen, maar ook dat de gevonden studies vertekend kunnen zijn (*bias*), dat er een kennishiaat (*gap in knowledge*) is en dat goed opgezette prospectieve studies met een lange follow-up nodig zijn. Verder heeft het Zorginstituut gezocht in de twee Nederlandse richtlijnen waarin nervus facialis aandoeningen zijn opgenomen. In deze richtlijnen wordt (super)selectieve neurectomie niet genoemd. De conclusie van het Zorginstituut is dat (super)selectieve neurectomie bij synkinesie bij of na facialisparesis (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie ziet in hetgeen door verzoekster is gesteld geen reden van deze conclusie af te wijken. Dit betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar volgen in zijn beslissing de aanverwante ingrepen, om die reden, niet als zelfstandige behandelingen te beschouwen en vergoeding hiervan af te wijzen.
- De overige kosten (o.a. vliegtickets, verblijf in het hotel, taxikosten, medicatie en PCR-testen) komen evenmin voor vergoeding in aanmerking, nu deze zijn gemaakt om een niet onder de zorgverzekering vallende behandeling mogelijk te maken. Dit betekent dat het primaire verzoek wordt afgewezen.

Substitutie

- 8.7. Verzoekster heeft de commissie verzocht om bij afwijzing van haar primaire verzoek te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan haar een vergoeding te betalen ter hoogte van de kosten van de operatie die zij als 'second best' in Nederland zou hebben laten uitvoeren. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband zorgproductcode 972802082 genoemd. De commissie interpreteert de stelling van verzoekster als zijnde een verzoek om substitutie. Substitutie is het doelbewust en doelgericht vervangen van niet-verzekerde zorg door verzekerde zorg. De zorgverzekering voorziet echter niet in de mogelijkheid van substitutie. Het uitgangspunt van het zorgverzekeringsstelsel is dat alleen daadwerkelijk genoten zorg kan worden vergoed, mits is voldaan aan de voorwaarden voor vergoeding van die zorg. Dit betekent dat ook het subsidiaire verzoek wordt afgewezen.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 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

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.

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 verslapte 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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapd zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

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;