

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501725

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 24 oktober 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ. In een telefonisch contact met de Ombudsman Zorgverzekeringen op 23 december 2025 heeft verzoekster aan de medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) te willen. Dit is bij brief van dezelfde datum aan verzoekster bevestigd. Op 1 februari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 25 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 26 februari 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 29 maart 2026 respectievelijk 1 april 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 25 maart 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026004623) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 30 maart 2026 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 29 maart 2026 respectievelijk 1 april 2026 op het voorlopig advies van het Zorginstituut gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de respectieve wederpartij gestuurd.
- 1.5. De reacties van verzoekster van 29 maart 2026 en van de ziektekostenverzekeraar van 1 april 2026 zijn op 2 april 2026 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 25 maart 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 20 april 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZdirect Basisverzekering (NaturaDirect) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Ongevallendekking Fysio & Tand en CZdirect Fysio 6+ (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Op 1 september 2025 is namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor liposuctie met tumescente lokale anesthesie vanwege lipoedeem in meerdere regio's. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 5 september 2025 meegedeeld hiervoor geen machtiging te verlenen.
- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 20 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 25 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van liposuctie met tumescente lokale anesthesie te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij al geruime tijd kampt met ernstig lipoedeem hetgeen resulteert in veel klachten. Zo kan verzoekster door de pijn in haar benen niet sporten en beperkt deze haar in het dagelijks leven. Het overgewicht dat door het lipoedeem ontstaat heeft ook nadelige gevolgen voor haar hart en bloedvaten. Omdat de ouders van verzoekster al op jonge leeftijd aan hartfalen zijn overleden is zij hierop extra bedacht. In de afgelopen jaren heeft verzoekster weliswaar diverse behandelingen en therapieën geprobeerd, maar deze hebben niet het gewenste effect gehad. De behandelend artsen zijn thans alle van oordeel dat alleen liposuctie met tumescente lokale anesthesie nog kan helpen.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende aanvraag echter afgewezen omdat liposuctie bij lipoedeem volgens hem niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk'. Verzoekster stelt in dit verband, onder verwijzing naar (inter)nationale wetenschappelijke publicaties en een brief van 31 juli 2025 van een advocaat aan de Eerste Kamer, dat hieruit blijkt dat liposuctie leidt tot blijvende vermindering van pijn, verbeterde mobiliteit en een hogere kwaliteit van leven.
- 3.4. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut voert verzoekster aan dat zij van alles heeft gedaan om gewicht kwijt te raken, maar dat niets heeft geholpen. De enige mogelijkheid is nog een liposuctiebehandeling, maar deze wordt door de ziektekostenverzekeraar niet vergoed. Dit is voor verzoekster niet alleen frustrerend, omdat er meer behandelingen zijn waarvan de effecten op de langere termijn ook niet bekend zijn, maar ook omdat patiënten met lipoedeem dagelijks worstelen met deze ziekte en niets lijkt te helpen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij als zorgverzekeraar de taak heeft te toetsen of de aangevraagde zorg binnen de geldende wet- en regelgeving verzekerde zorg is. In artikel 2.1,

tweede lid, van het Besluit zorgverzekering is bepaald dat de zorg moet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het Zorginstituut heeft in het verleden meerdere adviezen uitgebracht waarin is geconcludeerd dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is waaruit blijkt dat liposuctie bij lipoedeem voldoende effect heeft. Sinds het laatste advies aan de commissie uit 2024 zijn er geen nieuwe publicaties van voldoende niveau beschikbaar gekomen waaruit kan worden geconcludeerd dat liposuctie bij lipoedeem wel voldoet aan genoemd criterium.

- 4.2. Ten overvloede merkt de ziektekostenverzekeraar op dat als de behandeling wél zou voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’ de aanvraag dient te worden beoordeeld aan de hand van de criteria die gelden voor behandelingen van plastische chirurgie, met name ‘aantoonbare lichamelijke functiestoornis’ en ‘verminking’. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag en de overgelegde foto’s beoordeeld en is tot de conclusie gekomen dat verzoekster (ook) niet voldoet aan genoemde criteria. De klachten die zij ervaart zijn volgens de medisch adviseur weliswaar vervelend, maar gelet op de mate van lipoedeem (stadium 2) is het niet aannemelijk dat deze door het lipoedeem worden veroorzaakt.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 25 maart 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Het standpunt uit 2022

Het Zorginstituut heeft in maart 2022 het standpunt ‘Liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende micro canules (LTA) bij patiënten met lipoedeem’ gepubliceerd. Voor dit standpunt is op basis van vijf niet-vergelijkende (voor-na) studies beoordeeld of liposuctie met tumescente lokale anesthesie effectief is in vergelijking met conservatieve behandeling bij patiënten met lipoedeem. De gevonden effecten voor alle uitkomsten waren zeer onzeker, omdat de kwaliteit van bewijs zeer laag was. Het Zorginstituut heeft daarom destijds geconcludeerd dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij patiënten met lipoedeem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Aanvullend literatuuronderzoek in 2024 en 2025

Het Zorginstituut heeft sinds de publicatie van het standpunt in het kader van geschillen meerdere malen een update van het literatuuronderzoek verricht. In mei 2024 en augustus 2024 (SKGZ 202303164 en SKGZ 202400399) zijn bij literatuuronderzoek aanvullend drie niet-vergelijkende (voor-na) studies gevonden, waarvan er twee over dezelfde populatie lijken te gaan. Er werden geen resultaten van vergelijkende studies gevonden.

In oktober 2025 (SKGZ 202500618) is opnieuw een aanvullend literatuuronderzoek verricht. Hierbij zijn geen prospectieve vergelijkende studies gevonden. Wel is er een studieprotocol gevonden van de LIPLEG trial, waar de plastisch chirurg van verzoekster en mr. Khidou in het verzoek aan de commissie van VWS van de Tweede Kamer naar verwijzen. In deze gerandomiseerde studie wordt liposuctie met tumescente lokale anesthesie vergeleken met complexe conservatieve therapie (niet verder gespecificeerd) bij 410 volwassen patiënten met lipoedeem. De primaire uitkomstmaat is pijn (gemeten met een Numeric Rating Scale). Er zijn metingen na twaalf en na 24 maanden gedaan.

Huidige stand van zaken

Op basis van de resultaten na twaalf maanden van deze trial wordt per 1 januari 2026 liposuctie bij lipoedeem vergoed in Duitsland. Hoewel de resultaten, die deels weergegeven staan in een document van de G-BA, veelbelovend zijn, is een peer reviewed publicatie met de volledige resultaten van de trial bij twaalf maanden follow-up nog niet beschikbaar. Bij navraag bij de G-BA in oktober 2025 naar de te verwachten termijn van publicatie van het artikel is gemeld dat de

onderzoekers werken aan het artikel en bezig zijn met indiening. In maart 2026 zijn de resultaten nog niet gepubliceerd.

Er zijn momenteel dus geen resultaten van studies gepubliceerd waarin de effecten van liposuctie met tumescente lokale anesthesie in een groep patiënten is vergeleken met de effecten van conservatieve behandeling in een groep patiënten. De kwaliteit van bewijs van de beschikbare niet-vergelijkende studies is zeer laag. Hierdoor is de effectiviteit van liposuctie met tumescente lokale anesthesie zeer onzeker en nog onvoldoende aangetoond. Het is mogelijk dat dit op korte termijn zal veranderen, wanneer de resultaten van de LIPLEG studie gepubliceerd worden in een peer reviewed tijdschrift.

Richtlijnen

In de Nederlandse richtlijn Lipoedeem van de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV, 2014) wordt geconcludeerd (op basis van vier niet-vergelijkende studies, Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO) niveau 3) dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende cannules een effectieve behandeling is voor lipoedeem. Deze Nederlandse richtlijn is meegewogen bij het eerdergenoemde standpunt uit maart 2022 van het Zorginstituut evenals andere internationale richtlijnen en standpunten.

De richtlijn Chronic Lipoedema (2022) van het Engelse National Institute for Health and Care Excellence (NICE) is niet in het standpunt opgenomen, omdat deze toen nog in ontwikkeling was. NICE concludeert in deze richtlijn, uitgebracht na het standpunt van het Zorginstituut, dat het wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van liposuctie onvoldoende is en voornamelijk is gebaseerd op retrospectieve studies met methodologische beperkingen. Daarnaast stelt NICE dat het bewijs over de veiligheid van de procedure onvoldoende is en er mogelijk risico is op ernstige bijwerkingen. NICE adviseert daarom om deze behandeling alleen in onderzoeksverband te verrichten. NICE vermeldt op de website dat men op de hoogte is van de LIPLEG trial en het persbericht van de G-BA over deze trial. NICE zal de richtlijn herzien zodra de studieresultaten zijn gepubliceerd.

Conclusie

In 2022 heeft het Zorginstituut een negatief standpunt ingenomen over liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij lipoedeem. Sinds de publicatie van dit standpunt zijn geen studies van hogere kwaliteit gepubliceerd dan de studies die al beschikbaar waren ten tijde van de beoordeling door het Zorginstituut.

Liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij lipoedeem voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt daarmee niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij lipoedeem maakt geen onderdeel uit van het basispakket.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 7.2. De commissie stelt voorop dat zij begrip heeft voor de wens van verzoekster om de aangevraagde behandeling te ondergaan vanwege de door haar beschreven hinderlijke en belastende klachten. Dit neemt niet weg dat de taak van de commissie is om te beoordelen of deze behandeling voor vergoeding in aanmerking komt op grond van de zorgverzekering.
- 7.3. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen, meest vérgaande standpunt, moet de commissie in de eerste plaats de vraag beantwoorden of liposuctie met tumescente lokale anesthesie van de benen voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee een verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 is een dergelijke richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Dit betekent dan ook niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.
- 7.4. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat op systematische wijze gezochte en geselecteerde evidence op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.

Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:

- (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
- (2) systematische literatuursearch;
- (3) samenvatten van de evidence;
- (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
- (5) van evidence naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.

Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.

- 7.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot liposuctie met tumescente lokale anesthesie. Het advies van 25 maart 2026 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut zet daarin uiteen dat hij op 7 maart 2022 zijn 'Standpunt liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende micro canules bij patiënten met lipoedeem' heeft gepubliceerd. Bij het bepalen van dit standpunt is meegewogen dat in de Nederlandse richtlijn Lipoedeem van de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV, 2014) wordt opgemerkt dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende cannules een effectieve behandeling is voor lipoedeem. Ondanks deze bevindingen was de conclusie dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Dit omdat de beschikbare onderzoeken niet aantonen dat deze behandeling effectief is bij patiënten met lipoedeem. Na het uitbrengen van dit standpunt heeft het Zorginstituut in mei 2024, augustus 2024 en oktober 2025 een update van het literatuuronderzoek verricht. De gevonden studies gaven destijds voor het Zorginstituut geen aanleiding het in 2022 ingenomen standpunt te wijzigen. Van belang hierbij is ook dat uit de richtlijn Chronic Lipoedema (2022) van het Engelse National Institute for Health and Care Excellence (NICE) blijkt dat het bewijs over de veiligheid van de procedure onvoldoende is en er mogelijk risico is op ernstige bijwerkingen. Wel werd in oktober 2025 een studieprotocol gevonden van de LIPLEG trial waarin liposuctie met tumescente lokale anesthesie wordt vergeleken met complexe conservatieve therapie (niet verder gespecificeerd) bij volwassen patiënten met lipoedeem. Verzoekster heeft in haar verweer ook naar deze trial verwezen. De follow-up hiervan is 12 respectievelijk 24 maanden. Hoewel de resultaten van de trial na 12 maanden veelbelovend zijn en Duitsland op basis van deze eerste resultaten heeft besloten de kosten te gaan vergoeden, geldt dat een peer reviewed publicatie met de volledige resultaten van de trial in maart 2026 nog niet is gepubliceerd. Mogelijk dat dit op korte termijn alsnog gaat gebeuren, maar dat is niet zeker. Dit leidt ertoe dat er momenteel geen studieresultaten zijn gepubliceerd waarin een groep patiënten die behandeld is door middel van liposuctie met tumescente lokale anesthesie wordt vergeleken met een groep patiënten die conservatieve behandeling krijgt. Daarmee blijft de bewijskracht van de thans beschikbare studies zeer laag en de effectiviteit van liposuctie met tumescente lokale anesthesie zeer onzeker. Om die reden handhaaft het Zorginstituut zijn standpunt dat de behandeling niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk'.
- 7.6. Gelet op de door de wetgever aan het Zorginstituut toegekende rol van pakketbeheerder en adviseur van de commissie in verstrekkingengeschillen, ziet de commissie in hetgeen door verzoekster is aangevoerd - met name haar verwijzing naar verschillende publicaties waarop overigens door het Zorginstituut inhoudelijk is gereageerd en het ontbreken van een behandelalternatief - geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van liposuctie met tumescente lokale anesthesie ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 april 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Uw verzekeringspasje

U ontvangt van ons een digitale verzekeringspas als uw verzekering is ingegaan. Als u deze digitale pas laat zien, kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u toch een fysieke pas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Op de achterkant is dit een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

Als u collectief verzekerd bent, kan het zijn dat er aanvullende afspraken zijn gemaakt waardoor u ook een fysieke pas ontvangt. Dit kan een pasje zijn met of zonder EHIC.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren.

Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

Lidmaatschap

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit? Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep. Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.

- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit? Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie. Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig. De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit? Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt. Nieuwe technische ontwikkelingen vormen geen reden voor vervanging van een hulpmiddel binnen de gebruikstermijn.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen. Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
 - de ingangsdatum van uw dienstverband;
 - inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.

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

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, 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 vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. 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;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, 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 verslapt 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 geneeskundige 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.