

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Menzis zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.
beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, hyperbare zuurstoftherapie (HBOT), stand wetenschap en praktijk
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202200627
Zittingsdatum : 7 september 2022

1. Partijen

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

en

- 1) Menzis zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 9 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 13 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 7 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 juli 2022 aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 12 juli 2022 op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 20 juli 2022 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 4 augustus 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022027784) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is eveneens op 4 augustus 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 13 augustus 2022 heeft verzoeker op het desbetreffende advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Het e-mailbericht van 13 augustus 2022 is op 30 augustus 2022 in afschrift aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 4 augustus 2022 aanpassing behoeft. Op 5 september 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailberichten van 11 en 12 september 2022 op het definitief advies gereageerd. Kopieën hiervan zijn op 13 september 2022 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Voordelig (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken. De commissie heeft er verder goede nota van genomen dat verzoeker met ingang

van 1 januari 2022 bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis en de aanvullende ziektekostenverzekeringen GarantVerzorgd 1 en GarantTandVerzorgd 750.

- 3.2. Verzoeker kampt met de ziekte van Buerger. Als gevolg van deze ziekte zijn bij verzoeker drie tenen geamputeerd. De wond die daarbij is ontstaan, geneest door de ziekte niet. Om de gevolgen van de ziekte enigszins te beperken heeft de behandelend vaatchirurg eind 2021 namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor hyperbare zuurstoftherapie. Bij brief van 10 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de aanvraag beslist.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 5 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 4 augustus 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 5 september 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker voert aan dat hij als gevolg van de ziekte van Buerger te maken heeft met een slechte doorbloeding van de aderen, met name van de kleine vaten vanaf de enkel. Deze slechte doorbloeding heeft er al voor gezorgd dat een drietal tenen van verzoeker moest worden geamputeerd en dat ter hoogte van de amputatie een wond is achtergebleven die maar slecht geneest. Volgens de behandelend vaatchirurg kan alleen hyperbare zuurstoftherapie verzoeker nog helpen. Inmiddels heeft verzoeker één sessie in de zuurstoftank gehad en de resultaten waren direct zichtbaar. Het zuurstofgehalte in het bloed was dusdanig verhoogd dat er nieuwe haarvaatjes werden aangemaakt. De chirurg heeft goede hoop dat na meerdere sessies de wond zal genezen.
Verzoeker is ervan op de hoogte dat hyperbare zuurstoftherapie bij de ziekte van Buerger geen verzekerde zorg is. Gelet op de behaalde resultaten en het feit dat de therapie nog de enige mogelijkheid is om verdere amputatie te voorkomen, doet verzoeker een beroep op coulance.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hyperbare zuurstoftherapie bij de ziekte van Buerger geen verzekerde prestatie vormt op grond van de Zvw, omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een en ander blijkt uit een door het Zorginstituut in 2009 uitgebracht standpunt. Uit dit standpunt volgt dat hyperbare zuurstoftherapie bij bepaalde indicaties verzekerde zorg is. De indicatie van verzoeker behoort hier echter niet toe. Dit omdat de meerwaarde van de behandeling bij deze indicatie (nog) niet wetenschappelijk is aangetoond. Voor zover verzoeker een beroep doet op coulance geldt dat de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding ziet een onverplichte vergoeding te verlenen.

6. **Advies Zorginstituut**

- 6.1. In het voorlopig advies van 4 augustus 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"In 2009 is het standpunt hyperbare zuurstoftherapie (HBOT) gepubliceerd. In het standpunt van 2009 staan de indicaties vermeld die vergoed worden op grond van de stand van de wetenschap

en praktijk. HBOT is zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk voor de volgende indicaties:

(...)

HBOT is geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk voor onder andere de volgende indicaties:

- niet-diabetische ischemische ulcera

(...)

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

In maart 2018 werd een retrospectieve observationele studie gepubliceerd waarin 47 patiënten met de ziekte van Buerger werden behandeld met HBOT en werden vergeleken met een groep van 50 onbehandelde patiënten. De wondgenezing verbeterde door de HBOT behandeling, er waren minder amputaties en de pijn verminderde. Geconcludeerd was dat multicenter, prospectieve gerandomiseerde studies nodig zijn om deze resultaten te ondersteunen. Aangezien er nog geen ondersteunende gerandomiseerde studies zijn gepubliceerd voldoet HBOT voor wondbehandeling bij de ziekte van Buerger vooralsnog niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

In het geval van verzoeker gaat het om een niet-diabetisch ulcus (wond) als gevolg van de ziekte van Buerger. De behandeling HBOT bij een niet-diabetisch ulcus (wond), als gevolg van de ziekte van Buerger is geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Overig

Het Zorginstituut kon uit de correspondentie niet opmaken of verzoeker ooit op suikerziekte is getest. Vanwege de verhoogde BMI van 31.2 (consult 23-12-2021, Da Vinci Kliniek), die begrijpelijk is vanwege zijn immobiliteit, is er altijd een risico op diabetes (en daarvan is bekend dat dit ook kan bijdragen aan verstoorde wondgenezing).

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de behandeling HBOT bij een niet-diabetisch ulcus (wond), namelijk als gevolg van de ziekte van Buerger, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De behandeling voor de ziekte van Buerger met HBOT maakt geen onderdeel uit van het basispakket en komt niet voor vergoeding in aanmerking."

- 6.2. In het definitief advies van 5 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

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

Naar aanleiding van de reactie van verzoeker merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de passage in het voorlopig advies onder het kopje 'overig'.

Het Zorginstituut heeft met deze passage alleen willen aangeven dat een glucosemeting in de correspondentie van de betrokken professionals werd gemist, juist vanwege het wondprobleem van verzoeker. Een te hoog bloedsuikergehalte heeft immers een negatief effect op wondgenezing. Deze opmerking kwam enkel voort vanuit zorg voor verzoeker. Het Zorginstituut heeft dit absoluut niet sarcastisch bedoeld, en indien dit wel zo is overgekomen bieden wij hiervoor onze welgemeende excuses aan.

De behandeling wordt inderdaad voor diabetische ulcera vergoed. Dit komt omdat het effect in wetenschappelijk onderzoek afdoende is aangetoond. Echter, zoals ook in het voorlopige advies aangegeven, was er over hyperbare zuurstoftherapie (hierna: HBOT) bij de ziekte van Buerger één vergelijkend, niet-gerandomiseerde onderzoek van Hemsinli uit 2018.¹ Volgens deze studie verbeterde de wondgenezing bij 32 van de 47 patiënten die met HBOT behandeld werden, maar ook bij 27 van de 50 patiënten die niet met HBOT behandeld werden.

Een tekortkoming van de studie is dat deze slechts 10 maanden duurde. Ook was de studie retrospectief, dat wil zeggen dat de medische dossiers achteraf werden bestudeerd. Hierbij is het niet uitgesloten dat de patiëntengroepen niet vergelijkbaar waren, waardoor niet met zekerheid vastgesteld kan worden of de verbetering aan HBOT kan worden toegeschreven, of aan andere factoren. De onderzoekers concludeerden dan ook dat multicenter, prospectieve gerandomiseerde studies nodig zijn om meer betrouwbare resultaten te verkrijgen. Aangezien er nog geen bewijzende gerandomiseerde studies zijn gepubliceerd, voldoet HBOT voor wondbehandeling bij de ziekte van Buerger niet aan het in de Zorgverzekeringswet gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg en de stand van de wetenschap en praktijk zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of verzoeker bij de indicatie ziekte van Buerger aanspraak kan maken op hyperbare zuurstoftherapie ten laste van de zorgverzekering dan wel op basis van coulance.

Zorgverzekering

- 8.3. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet in de eerste plaats worden beoordeeld of hyperbare zuurstoftherapie bij de indicatie ziekte van Buerger voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld op bladzijde 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.
- 8.4. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 8.5. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is voor de commissie niet bindend.

Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

- 8.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot hyperbare zuurstoftherapie. Het advies van 4 augustus 2022 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut zet uiteen dat verzoeker hyperbare zuurstoftherapie heeft gehad voor een niet-diabetisch ulcus (wond) als gevolg van de ziekte van Buerger. Aangezien er nog geen ondersteunende gerandomiseerde studies zijn gepubliceerd voldoet hyperbare zuurstoftherapie voor wondbehandeling bij de ziekte van Buerger vooralsnog niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Gelet op deze conclusie adviseert het Zorginstituut de commissie het verzoek af te wijzen.
- Verzoeker heeft nog aangevoerd dat hyperbare zuurstoftherapie voor hem nog de enige behandeling is omdat anders een amputatie moet plaatsvinden. Hoewel de commissie begrip heeft voor de situatie van verzoeker vormt dit geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. De commissie neemt de conclusie van het advies van het Zorginstituut om het verzoek af te wijzen dan ook over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op genoemde behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Coulance

- 8.7. Verzoeker heeft, gelet op zijn bijzondere omstandigheden en het feit dat de hyperbare zuurstoftherapie effect lijkt te hebben, een beroep gedaan op coulance door de ziektekostenverzekeraar. Met betrekking hiertoe geldt dat het toepassen van coulance een handelen uit welwillendheid is, dus zonder dat het juridisch verplicht is. In het algemeen gaat het om zeer bijzondere omstandigheden of een samenloop van allerlei factoren in de specifieke situatie van betrokkene. Het coulancebeleid is aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden en de commissie kan in de beslissing dienaangaande van de ziektekostenverzekeraar niet treden. De commissie kan slechts een vergoeding toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Dit is in het onderhavige geval gesteld noch gebleken.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 september 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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 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 gehemelte-spleten, 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 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.

Let op

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

De Menzis Zorgvinder

Menzis maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met Menzis een overeenkomst hebben, vindt u via 'De Menzis Zorgvinder', op menzis.nl/zorgvinder. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met Menzis op 088 222 40 40.

Let op

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

Overeengekomen volume (omzetplafond)

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

De inhoud en omvang van de zorg

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

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