

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 : EU/EER, België, geneeskundige zorg, nervus pudendusstimulatie bij chronisch
blaaspijnsyndroom, stand wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Rzv, art. 20 Vo. nr.
883/2004

Zaaknummer : 202201926

Zittingsdatum : 19 april 2023

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 15 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 29 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 13 maart 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023006231) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 maart 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 april 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 24 april 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 maart 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 25 april 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 basis van de CZ Zorgkeuzepolis (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Top Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij verzoekster is sprake van chronisch blaaspijnsyndroom. Sinds 1996 heeft zij hiervoor verschillende behandelingen ondergaan. Op 24 februari 2022 is bij de ziektekostenverzekeraar per e-mail een aanvraag gedaan voor een nervus pudendusstimulatie, uit te voeren in het UZ te Antwerpen, België. Bij brief van 23 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen.

3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.4. Bij brief van 13 maart 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in het UZ Antwerpen uit te voeren nervus pudendusstimulatie te vergoeden.

4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij sinds 1996 bekend is met een interstitiële cystitis, ook wel chronisch blaaspijnsyndroom genoemd. Daarnaast kampt verzoekster met een overactieve blaas. Voor deze aandoeningen heeft inmiddels een groot aantal behandelingen plaatsgevonden, echter zonder blijvend succes. De sacrale neuromodulator gaf nog het beste resultaat, echter na 20 jaar zijn 3 van de 4 elektroden defect en het is wachten tot ook de laatste elektrode uitvalt. Een revisie van de neuromodulator is geen optie, omdat door eerdere ingrepen teveel littekenweefsel is ontstaan. Met haar behandelend arts in Antwerpen heeft verzoekster de mogelijke behandelmethoden besproken. Hieruit is gebleken dat de thans aangevraagde nervus pudendusstimulatie nog de enige reële optie is. Het alternatief is namelijk het plaatsen van een stoma en daar is verzoekster, gelet op haar leeftijd (47), eigenlijk nog te jong voor. Verder wil verzoekster benadrukken dat zij enorm veel klachten heeft en dat niet-medisch ingrijpen helemaal geen optie is. Op sommige nachten moet verzoekster wel 20 keer naar het toilet. Dit leidt tot ernstig slaaptekort dat ook psychische klachten met zich brengt.

4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is als de door haar benodigde zorg niet door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed. Verzoekster bevindt zich in een uitzonderlijke situatie omdat de nervus pudendusstimulatie, gelet op de vele lichamelijke klachten, nog de enige reële oplossing voor het probleem zal zijn.

4.4. 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 aangevraagde behandeling, te weten nervus pudendusstimulatie bij een chronisch blaaspijnsyndroom, niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Het is volgens de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk hiervan af te wijken, aangezien dat een ongewenste precedentwerking tot gevolg heeft. 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 deze behandeling bij deze indicatie. Deze werden niet gevonden. Gebleken is dat nervus pudendusstimulatie alleen kleinschalig is onderzocht. De mate van bewijs is daarmee van lage kwaliteit zodat meer onderzoek nodig is om de effectiviteit van de behandeling te kunnen vaststellen. Dit laatste wordt ook bevestigd in de Europese richtlijn 'Chronic primary pelvic pain syndrome'. Daar komt bij dat in het standpunt van de NVU (Nederlandse Vereniging voor Urologie) de nervus pudendusstimulatie niet als behandel mogelijkheid wordt genoemd. Samenvattend is er thans onvoldoende internationaal wetenschappelijk bewijs voorhanden waaruit blijkt dat nervus pudendusstimulatie bij een chronisch blaaspijnsyndroom 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.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en is door hem benadrukt dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor nervus pudendusstimulatie. Dit omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 13 maart 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Bij nervus pudendusstimulatie worden door stimulatie van deze zenuw de afferente zenuwbanen (zenuwbanen die naar het centrale zenuwstelsel lopen) gestimuleerd. De techniek van pudendusstimulatie komt in grote mate overeen met die van sacrale neuromodulatie. Stimulatie van de zenuw remt theoretisch de pijnbeleving van organen die door de zenuw worden geïnnerveerd, zoals de blaashals. Als de stimulatie werkzaam blijkt te zijn, wordt een implanteerbare pulsgenerator aangesloten op een elektrode die geplaatst wordt ter hoogte van de nervus pudendus.

Richtlijnen voor de behandeling van chronisch blaaspijnsyndroom zijn terug te vinden in de specialistenrichtlijn 'Chronische bekkenpijn' van de Nederlandse Vereniging van Urologie (NVU) van augustus 2021. Met betrekking tot neuromodulatie worden twee aanbevelingen gedaan. De eerste aanbeveling is om alleen percutane neuromodulatie van de posterior tibial nerve, de zogenaamde P-PTNS, te verrichten. Andere vormen van neuromodulatie moeten alleen in onderzoeksverband worden verricht. De tweede aanbeveling is om patiënten met chronische bekkenpijn alleen met sacrale neuromodulatie te behandelen, indien alle andere therapieën ineffectief zijn gebleken en indien er tevens therapieresistente urge urine-incontinentie of fecale incontinentie is. Pudendusstimulatie wordt dus niet aanbevolen als werkzame therapie.

In de specialistenrichtlijn 'Chronic primary pelvic pain syndrome' (CPPPS) van de European Association of Urology (EAU) van 2023 wordt aangegeven dat neuromodulatie nog een plaats moet krijgen in de behandeling van primary bladder pain syndrome (PBPS), oftewel chronisch blaaspijnsyndroom. Hoewel er meer bewijs komt van de werking, is onderzoek van hogere kwaliteit vereist. Daarentegen wordt bij de Summary of evidence aangegeven dat 'Pudendal nerve stimulation is superior to sacral neuromodulation for treatment of PBPS' (vertaald: 'Nervus pudendus stimulatie is beter dan sacrale neuromodulatie bij de behandeling van PBPS'), de bewijskracht is 1b (redelijk). Dit wordt echter verder niet onderbouwd.

Een search in de literatuur in Embase en Medline leverde 14 artikelen op. Er werd een systematische review uit 2020 gevonden met betrekking tot neuromodulatie, onder andere van nervus pudendusstimulatie bij chronische bekkenpijn. De andere gevonden artikelen betroffen beschrijvende reviews, of studies over diagnose of behandeling van nervus pudendus neuralgie.

In de systematische review werd een studie met pudendusstimulatie in het kader van chronische bekkenpijn gevonden en besproken. In deze prospectieve studie van Heinze (2015) waren 20 patiënten behandeld met pudendusstimulatie. Na vier weken was de pijn statistisch significant verminderd. De conclusie met betrekking tot pudendusstimulatie (en ook andere vormen van neurostimulatie) was dat meer onderzoek nodig is om effectiviteit en veiligheid aan te tonen. Dit was ook de conclusie bij de gevonden beschrijvende reviews.

Conclusie

Op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur kan geconcludeerd worden dat nervus pudendusstimulatie bij de indicatie chronisch blaaspijnsyndroom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Nervus pudendusstimulatie bij de indicatie chronisch blaaspijnsyndroom maakt geen onderdeel uit van 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 alsmede die uit Vo. nr. 883/2004 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

- 8.2. Verzoekster wenst naar België, een andere EU-lidstaat, te gaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft afwijzend beslist, omdat de behandeling niet overeenkomstig de stand van de wetenschap en praktijk zou zijn. De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket is beoogd. Dit betekent dat de voorwaarde dat zorg als de onderhavige overeenkomstig de stand van de wetenschap en praktijk moet zijn, zoals bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, Bzv, niet beperkt blijft tot behandeling in Nederland, maar in een buitenslandssituatie voor de toepassing van de verordening onverkort geldt. Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde afwijfsgrond wordt als volgt overwogen.
- 8.3. Verzoekster wil graag een nervus pudendusstimulatie laten uitvoeren. De reden dat zij deze behandeling wil laten uitvoeren heeft zij duidelijk aan de commissie uitgelegd. Hoewel de commissie de wens van verzoekster begrijpt, heeft de commissie de taak om te beoordelen of de aangevraagde behandeling voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de zorgverzekering. Voor de beantwoording van deze vraag geldt dat de ziektekostenverzekeraar de voorgenomen behandeling heeft afgewezen, als gezegd omdat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij de beoordeling of nervus pudendusstimulatie bij de indicatie chronisch blaaspijnsyndroom voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, neemt de commissie het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 8.4. 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; afwijking hiervan door de commissie is mogelijk mits gemotiveerd.

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.

- 8.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot nervus pudendusstimulatie bij de indicatie chronisch blaaspijnsyndroom. Zijn advies van 13 maart 2023 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut merkt op dat richtlijnen voor de behandeling van chronisch blaaspijnsyndroom zijn terug te vinden in de specialistenrichtlijn 'Chronische bekkenpijn' van de Nederlandse Vereniging van Urologie (NVU) van augustus 2021. Nervus pudendusstimulatie wordt hierin niet aanbevolen als werkzame therapie. Daarnaast volgt uit zowel de specialistenrichtlijn 'Chronic primary pelvic pain syndrome' (CPPPS) van de European Association of Urology (EAU) van 2023 als uit een systematische review dat voor nervus pudendusstimulatie meer onderzoek nodig is om de effectiviteit en veiligheid aan te tonen. De conclusie van het Zorginstituut is dat nervus pudendusstimulatie bij de indicatie chronisch blaaspijnsyndroom (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie ziet in de omstandigheid dat de aangevraagde ingreep nog de laatste reële behandelingsmogelijkheid is voor verzoekster alsook in de psychische klachten die zij ervaart door slaaptekort, geen aanleiding van het advies af te wijken en neemt de hierin opgenomen conclusie dan ook over. Hiermee doet de commissie overigens niets af aan de ernst van de situatie waarin verzoekster verkeert. Beoordeeld moet worden of de aangevraagde zorg onder de verzekeringsdekking valt. Vergoeding of verstrekking van zorg of een andere dienst die niet aan deze voorwaarde voldoet is niet mogelijk, ook niet als dit op termijn tot een kostenbesparing leidt. In uitzonderingsgevallen kan, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, voor vergoeding of verstrekking plaats zijn op grond van bijzondere omstandigheden die maken dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is om niet af te wijken van de verzekeringsvoorwaarden. Wanneer een uitzondering aan de orde is, is door de Hoge Raad gedefinieerd in het Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679). In de voorliggende situatie wordt niet aan de in dat verband toepasselijke criteria voldaan. Met name is er niet de verwachting dat nervus pudendusstimulatie op korte termijn in het verzekerde pakket zal worden opgenomen. Het voorgaande betekent dat de door verzoekster aangevraagde behandeling geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Zij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van deze ingreep, ten laste van de zorgverzekering. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 om die reden terecht onthouden.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 mei 2023,

L. Ritzema

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

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

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 verslaptte 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 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;