

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401112

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam,
 - 2) DSW Ziektekostenverzekeraar N.V. te Schiedam,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) op 24 december 2024 telefonisch gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van eveneens 24 december 2024 is het telefonisch (intake)gesprek met verzoeker, waarin hij zijn verzoek nader heeft toegelicht, bevestigd. Op 29 december 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 27 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 februari 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 2 april 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025002843) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 april 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 juli 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld nadere stukken over te leggen. Bij e-mailbericht van 8 juli 2025 heeft verzoeker de commissie informatie gestuurd. Op 9 juli 2025 heeft de commissie de ontvangen informatie in kopie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 21 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een voorstel gedaan om het geschil op te lossen. In reactie hierop heeft verzoeker bij e-mailbericht van 25 augustus 2025 enkele vragen gesteld, waarop de ziektekostenverzekeraar bij brief van 4 september 2025 heeft gereageerd. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 16 september 2025 de commissie verzocht een uitspraak te doen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 26 september 2025 op het laatste e-mailbericht van verzoeker gereageerd. Een kopie van de reactie van de ziektekostenverzekeraar is ter kennisname aan verzoeker gestuurd.

- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting, kopieën van de e-mailberichten van verzoeker van 8 juli 2025, 25 augustus 2025 en 16 september 2025, en van de reacties van de ziektekostenverzekeraar van 21 augustus 2025, 4 september 2025 en 26 september 2025, zijn op 30 september 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 2 april 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 2 oktober 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft al jaren klachten van obstructieve defecatie met hierbij een onvolledige lediging. Hiervoor heeft hij in Nederland verschillende behandelingen ondergaan, echter zonder het gewenste resultaat. Op 27 maart 2023 is bij de ziektekostenverzekeraar per e-mail een aanvraag gedaan voor botox infiltraties, uit te voeren in het AZ Groeninge te Kortrijk, België. Bij brief van 11 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen.
- 2.3. Verzoeker heeft op 19 april 2023 de aangevraagde behandeling laten uitvoeren.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailberichten van 20 april 2023 en 16 mei 2023 om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 6 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 2 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 2 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Kortrijk uitgevoerde botox infiltraties te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat hij al jaren kampt met problemen met de defecatie. Sinds 2010 heeft verzoeker in Nederland diverse behandelingen ondergaan, echter zonder blijvend succes. Ook de behandelingen die hij heeft gehad in het Defecatie Expertise Centrum van het Groene Hart Ziekenhuis hebben niet het gewenste effect gehad. Begin 2023 heeft verzoeker zich gewend tot een medisch specialist van het AZ Groeninge in Kortrijk voor een second opinion. De betreffende arts heeft het hele dossier van verzoeker bestudeerd en voorgesteld om botox infiltraties toe te passen in de interne anale sfincter. De ziektekostenverzekeraar heeft de hiertoe ingediende aanvraag afgewezen met als reden dat de behandeling niet zou voldoen aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk'. Verzoeker kan zich met dit standpunt niet verenigen omdat hij eerder in Nederland ook botox infiltraties heeft gehad, maar dan in m. puborectalis. Daarnaast blijkt uit het artikel 'Botulinum toxin type A for the treatment of dyssynergic defaecation in adults: a systematic review' dat de behandeling wel degelijk voldoet aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk' en niet een puur experimenteel karakter heeft. Verder voert verzoeker aan dat hij de onderhavige behandeling op 19 april 2023 heeft laten uitvoeren en dat zijn ervaringen positief zijn.

- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat het Zorginstituut in het voorlopig advies van 2 april 2025 stelt dat bij hem de diagnose overactieve bekkenbodem is gesteld. Dit is echter veel te algemeen en te kort door de bocht. De klachten die verzoeker ervaart, worden veroorzaakt door de m. puborectalis en dit heeft invloed op tal van andere spieren. Als het Zorginstituut zich bij het onderzoek had gefocust op de vraag of de behandeling met botox infiltraties in m. puborectalis voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’ waren de resultaten en de conclusie heel anders geweest. Dat botox infiltraties in de m. puborectalis effect hebben blijkt uit de literatuur. Zo zijn er studies uit onder andere 2006, 2014 en 2025 waaruit dit naar voren komt. Daar komt bij dat verzoeker eerder in Nederland botox infiltraties in de m. puborectalis heeft gehad en dat deze toen door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Verzoeker heeft ervoor gekozen zich in Kortrijk te laten behandelen omdat daar de injecties veel dieper in de spier worden gezet. Dit laatste kan gebeuren omdat de patiënt onder algehele narcose gaat. Het effect dat hiermee wordt bereikt is daardoor veel groter.
- Verder licht verzoeker, daarnaar gevraagd, toe dat in Kortrijk, naast botox infiltraties in de m. puborectalis, botox infiltraties in het sfincterapparaat hebben plaatsgevonden.
- 3.4. In reactie op het op 21 augustus 2025 door de ziektekostenverzekeraar gedane voorstel merkt verzoeker op dat er ook ná 19 april 2023 botox infiltraties van de m. puborectalis hebben plaatsgevonden. Omdat botox door het lichaam wordt opgenomen, zullen in de toekomst nieuwe injecties moeten worden gegeven. Verzoeker ziet graag dat de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan blijft vergoeden.
- 3.5. Naar aanleiding van het bericht van de ziektekostenverzekeraar van 4 september 2025 stelt verzoeker dat hij een uitspraak van de commissie wenst. De commissie dient te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar (i) is gehouden de botox infiltraties in de m. puborectalis ook ná 19 april 2023 te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, en (ii) ten onrechte de voorwaarde stelt dat verzoeker iedere keer dat sprake is van een overnachting de ziektekostenverzekeraar voorafgaand om toestemming moet vragen. Laatstgenoemde voorwaarde is volgens verzoeker niet redelijk, omdat de ziektekostenverzekeraar de kosten van een overnachting eerder als redelijk heeft aangemerkt. Daar komt bij dat als er complicaties optreden en verzoeker onverwachts een nacht moet blijven, er opnieuw een discussie met de ziektekostenverzekeraar zal ontstaan over de vergoeding van de kosten. Om dit te ondervangen dient de ziektekostenverzekeraar de eis van voorafgaande toestemming te laten vervallen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de door verzoeker aangevraagde behandeling niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Hierbij is door hem verwezen naar artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering. Hierin staat vermeld dat zorg slechts mag worden vergoed, als deze 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. De ziektekostenverzekeraar heeft een literatuursearch verricht naar de toepassing van infiltratie met botox in de interne anale sfincter. Hierbij is de door verzoeker aangehaalde systematische review betrokken. Op basis van dit literatuuronderzoek komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat de toepassing van botox infiltratie in de interne anale sfincter niet voldoende bewezen effectief is. Dit blijkt tevens uit het feit dat in het Groene Hart Ziekenhuis, in Nederland hét expertisecentrum voor aandoeningen zoals die van verzoeker, deze behandeling niet wordt aangeboden. De aangevraagde botox infiltratie voldoet niet aan de voorwaarde dat het moet gaan om zorg die behoort tot de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en kan om die reden niet vanuit de basisverzekering worden vergoed.
- 4.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangetekend dat de medisch specialist uit Kortrijk op 12 maart 2023 het volgende heeft opgemerkt: *“Zodoende denken wij dat een anale exploratie met infiltratie van BOTOX in de interne sluitspier en de musculus puborectalis als alternatief geopperd*

kan worden”. Gelet op deze passage heeft de ziektekostenverzekeraar aangenomen dat het doel van de botox infiltraties was injecties in de interne sluitspier te plaatsen. Deze behandeling voldoet echter niet aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’. Tot eenzelfde conclusie komt het Zorginstituut in het advies van 2 april 2025.

- 4.3. Naar aanleiding van het door verzoeker na afloop van de hoorzitting toegestuurd operatieverslag heeft de ziektekostenverzekeraar zich bij brief van 21 augustus 2025 bereid verklaard de kosten van de op 19 april 2023 plaatsgevonden botox infiltraties van de m. puborectalis te vergoeden. Dit betreft een bedrag van totaal € 1.151,09. De kosten die verband houden met de eveneens plaatsgevonden botox infiltraties van het sfincterapparaat komen daarentegen niet voor vergoeding in aanmerking. Bij brieven van 4 september 2025 en 26 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hieraan toegevoegd dat hij bereid is de kosten van de botox infiltraties in de m. puborectalis, die in toekomst nodig zijn, te vergoeden. Voor zover verzoeker stelt dat hij na 19 april 2023 ter zake kosten heeft gemaakt, geldt dat de ziektekostenverzekeraar hiervan nog geen declaraties heeft ontvangen, maar wel bereid is deze kosten te vergoeden. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat een verzekerde op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering bij een behandeling die gepaard gaat met een overnachting verplicht is hiervoor voorafgaand zijn toestemming te vragen. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid deze voorwaarde in het geval van verzoeker te laten vervallen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 2 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Stand van de wetenschap en praktijk

Het in de Zvw gestelde criterium ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ betreft één geïntegreerde wettelijke maatstaf, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, verenigd zijn. Bij de beoordeling of zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ wordt, zoals aangegeven in het rapport Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk, uitgegaan van de principes van evidence-based medicine (EBM). Hierbij wordt op gestructureerde wijze een literatuuronderzoek gedaan naar wetenschappelijke studies naar de te beoordelen behandeling.

Een positieve ervaring van één of enkele patiënten en behandelaars met een bepaalde behandeling is niet voldoende om te kunnen vertrouwen op de effectiviteit van een behandeling. Het effect moet namelijk ook zijn aangetoond in goed opgezette wetenschappelijke studies, en voor wat betreft toepassing in de praktijk blijkt dit veelal uit (onderbouwde) richtlijnen, consensusdocumenten of zorgstandaarden.

In eerste instantie is het aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Uit het dossier is op te maken dat verweerder dit heeft beoordeeld, maar licht verder in het geheel niet toe op basis van welke criteria in de literatuursearch hij tot het oordeel is gekomen dat de aangevraagde behandeling niet bewezen effectief is.

Achtergrond

De bij verzoeker gestelde diagnose is obstructieve defecatie op basis van een overactieve bekkenbodem. Bij een overactieve bekkenbodem functioneren de darm en anale sfincter normaal, maar worden de bekkenbodemspieren onbewust continu teveel aangespannen. Het aanspannen van de interne anale sfincter, de m. levator ani en de m. puborectalis, kan de doorgang door het rectum blokkeren en leiden tot obstructie tijdens defecatie. Door een overactieve bekkenbodem kunnen klachten ontstaan zoals onvolledige lediging, obstipatie en incontinentie. Bij milde klachten volstaat in het algemeen conservatieve behandeling, zoals voorlichting, leefstijl- en dieetadviezen en bekkenbodetraining. Bij ernstigere klachten kan gekozen worden voor medicamenteuze behandeling middels lactulose, macrogol of magnesiumhydroxide. Tevens kan

biofeedbacktherapie worden toegepast. Bij falen van biofeedbacktherapie en medicatie, is er geen andere standaardbehandeling. Bij aanhoudende klachten kan chirurgische behandeling overwogen worden, zoals sfincterotomie of botoxinjecties.

Om te bepalen of botoxinjectie bij obstipatie door overactieve bekkenbodemspieren voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk moet beoordeeld worden of botox-injecties, gelet op de gunstige en de ongunstige gevolgen ervan (bijwerkingen, veiligheid), leidt tot relevante (meer)waarde voor de patiënt in vergelijking met de standaardbehandeling, in dit geval conservatieve therapie (medicatie en biofeedbacktherapie).

Om antwoord op deze vraag te geven is een literatuuronderzoek verricht, waarbij gezocht is naar vergelijkende studies waarin de uitkomsten van botox-injecties in de bekkenbodem zijn vergeleken met de uitkomsten van conservatieve therapie. Daarnaast is gezocht naar relevante richtlijnen van chirurgen en MDL-artsen.

Verzoeker verwijst in zijn mail aan verweerder op 16 mei 2023 naar het artikel “Botulinum Toxin type A for the treatment of dyssynergic defaecation in adults, a systematic review” van Chaichanavichkij et al. In deze systematische review wordt op basis van elf studies geconcludeerd dat injectie met Botuline Toxine type A voor dyssynerge defecatie (obstipatie door overactieve bekkenbodemspieren), slecht is onderbouwd. Hiermee wordt bedoeld dat er geen bewijs is dat het werkt.

Literatuuronderzoek

Het Zorginstituut heeft op 12 maart 2025 een literatuuronderzoek verricht in Embase, Pubmed en Cochrane Central voor de periode van 1946 tot heden. De precieze zoekstrategie is te vinden in de bijlage (bijlage 1).

Na ont dubbelen waren er 856 treffers. Deze zijn gescreend op titel en abstract waarbij er 827 artikelen geëxcludeerd werden en 29 artikelen geïnccludeerd. De meest recente systematische review (met meta-analyse) werd in 2023 gepubliceerd door Chu et al. Daarin werden vier gerandomiseerde trials (RCT's), acht prospectieve studies en twee retrospectieve observationele studies geïnccludeerd. De geïnccludeerde studies bevatten o.a. de geïnccludeerde studies van de systematische review die verzoeker had aangedragen (Chaichanavichkij, 2020) en komen tevens overeen met de gevonden studies van het huidige literatuuronderzoek.

Na de systematische review van Chu et al. uit 2023 zijn geen nieuwe RCT's of vergelijkende prospectieve studies gepubliceerd over botox-injecties bij obstipatie door een overactieve bekkenbodem. Wel werd een retrospectieve studie (Sun et al, 2024, n=50) en een enkelarmige cohort studie (Brisinda et al, 2025) gepubliceerd. De enkelarmige studie laat het Zorginstituut verder buiten beschouwing, omdat daarmee geen schatting van de relatieve effectiviteit van botox-injecties in het sfincterapparaat ten opzichte van de standaardbehandeling kan worden gemaakt. Ook de retrospectieve studie laat het Zorginstituut buiten beschouwing, omdat er RCT's en prospectieve studies beschikbaar zijn die hogere kwaliteit van bewijs leveren.

In de systematische review met meta-analyse van Chu et al. werden vier RCT's (You et al. 2001, Farid et al. 2009, Farid et al. 2009, Faried et al. 2010), acht prospectieve studies en twee retrospectieve observationele studies geïnccludeerd met een totaal van 272 patiënten. De follow-up tijd was langer dan twaalf maanden in negen studies. In drie van de vier RCT's werden botox-injecties vergeleken met biofeedbacktherapie. Symptoomverbetering op korte termijn (tussen één week en twee maanden na botox-injectie) werd in vier studies (Farid 2009, Farid 2009, Faried 2010, Zhang 2014) gemeten met een gevalideerde obstipatie vragenlijst. In de overige studies werd symptoomverbetering mondeling uitgevraagd. Bij 66% van de patiënten was sprake van symptoomverbetering na botox injectie op korte termijn. Na twaalf maanden was bij 38% nog verbetering merkbaar.

Een meta-analyse op basis van drie RCT's naar de effectiviteit van botoxtherapie versus biofeedbacktherapie liet een grotere initiële symptoomverbetering na botox-injectie zien (OR=2.866, CI 1.224 tot 6.715, $p=0,015$), maar ook meer fecale of flatus incontinentie (OR=9.171, 95% CI 0.419 tot 200.590, $p=0,159$). De auteurs concluderen dat het bewijs voor botox-injecties momenteel zwak is en toekomstige RCT's van hoge kwaliteit met een homogene patiëntgroep nodig zijn om de effectiviteit te verifiëren.

De RCT's die opgenomen zijn in bovengenoemde systematische review, worden hieronder ook separaat beschreven.

Faried et al. (2010) beschrijft een RCT waarin 60 patiënten geïnccludeerd werden. Drie groepen werden vergeleken: biofeedback training ($n=20$), botox injecties ($n=20$) en chirurgie ($n=20$). Er werd onder andere gekeken naar klinische verbetering, waarbij bedoeld werd dat patiënten een 'normale stoelgang' hadden (niet persen, geen manuele lediging van ontlasting, geen harde ontlasting, $>3x$ per week ontlasting). Klinische verbetering na één maand trad op bij 50% van de patiënten na biofeedbacktraining, 75% na botox-injecties en 95% na chirurgie. Na één jaar was dit 30%, 35% en 70% respectievelijk. Er was geen sprake van lost to follow-up. De gemiddelde obstipatiescore na één jaar in de biofeedbackgroep was 16.1 vergeleken met 14.3 in de botox-injectiegroep. Er wordt geen separate vergelijkende analyse beschreven tussen biofeedbacktraining en botox-injecties.

Farid et al. (2009) beschrijft een RCT waarin 30 mannelijke patiënten met anismus geïnccludeerd zijn. Patiënten werden ofwel behandeld met botoxinjecties ($n=15$), ofwel chirurgie (partial division of puborectalis, $n=15$). Onder klinische verbetering werd verstaan dat patiënten hun normale defecatiepatroon weer ervoeren, vergelijkbaar met vóór het ontstaan van anismus. Initiële verbetering werd gevonden bij 86.7% van de patiënten na botox-injectie en bij 100% van de patiënten na chirurgie. Lange termijn verbetering (één jaar) werd gevonden bij respectievelijk 40% en 66.6% van de patiënten. Er wordt in dit artikel geen vergelijking beschreven tussen botox-injecties en biofeedbacktherapie.

In de andere RCT van Farid et al. (2009) werden 48 patiënten met anismus geïnccludeerd, waarbij patiënten gerandomiseerd werden in twee groepen van 24 personen: biofeedbacktherapie en botox-injecties. De follow-up periode betrof één jaar. Onder klinische verbetering werd verstaan dat patiënten hun normale defecatiepatroon weer ervoeren, vergelijkbaar met hun defecatiepatroon van vóór het ontstaan van anismus. Dit werd geëvalueerd d.m.v. een vragenlijst na één maand en na één jaar. Initiële verbetering werd in de biofeedback groep bij 50% (twaalf personen) van de patiënten gevonden, met aanhoudend effect na één jaar bij 25% (zes personen) van de patiënten. In de botoxgroep werd initiële klinische verbetering gevonden bij 71% (zeventien personen) van de patiënten, en was deze verbetering nog aanwezig na één jaar bij 33.3% (acht personen) van de patiënten. Een significant verschil in initiële klinische verbetering werd gevonden tussen de botox groep en de biofeedbackgroep ($p = 0.008$), ten gunste van de botox-injectiegroep. Het verschil was echter niet meer significant na één jaar ($p = 0.23$). Er wordt geconcludeerd dat botox-injecties tijdelijk succesvol lijken te zijn voor behandeling van anismus, maar dat het lange termijn effect beperkt lijkt en verdere RCT's noodzakelijk zijn om de rol van botox-injecties in de behandeling van anismus beter te evalueren.

Er dient te worden vermeld dat er een vermoeden is van overlap van geïnccludeerde patiënten tussen de twee studies gepubliceerd door Farid et al, gezien de overeenkomende patiëntkarakteristieken en deels overlappende inclusieperiode binnen hetzelfde ziekenhuis.

De laatste RCT is van You et al. (2001), waarin tachtig patiënten werden gerandomiseerd die langer dan vijf jaar obstipatieklachten hadden. Twintig patiënten kregen botox toegediend in de puborectalis en externe anale sfincter, twintig patiënten ondergingen een posterieure myectomie

van de interne sfincter en puborectalis en veertig patiënten volgden een biofeedbacktraining programma. De follow-up duur was langer dan één jaar en er was geen lost to follow up. In de botox-injectiegroep verbeterden de obstipatieklachten significant bij alle patiënten. Er wordt echter geen p-waarde vermeld in het abstract en het volledige artikel is niet beschikbaar. Hoe de obstipatieklachten vastgelegd zijn, is niet op te maken uit het abstract. De gemiddelde sfincterspanning daalde van 140.8 mmHg naar 81,5 mmHg. Patiënten keerden echter vijf weken later terug naar de situatie van vóór de behandeling. In de biofeedbackgroep had 88% verbetering van de klachten, zonder complicaties. Uit de studie werd geconcludeerd dat biofeedback training van de anale sfincters en bekkenbodemspieren de beste behandeling is voor obstipatie ten gevolge van te actieve bekkenbodemspieren.

Richtlijnen

Er werden geen Nederlandse, overkoepelende Europese, of Amerikaanse richtlijnen gevonden waarin de behandeling met botox-injecties wordt beschreven bij obstipatie bij een overactieve bekkenbodem.

Conclusie literatuuronderzoek

Er zijn vier relatief kleine RCT's verricht naar het effect van botox-injecties bij obstipatieklachten door een overactieve bekkenbodem. De studies laten zien dat er een initiële verbetering plaatsvindt van klachten na een botox-injectie, maar dat dit effect met tijd afneemt. Daarnaast is er kans op incontinentie van feces/flatus. De studies concluderen dat het bewijs voor botox-injecties bij obstipatie door een overactieve bekkenbodem momenteel zwak is en dat studies van hoge kwaliteit met een homogene patiëntgroep nodig zijn om de effectiviteit te verifiëren. Daarmee is er op dit moment onvoldoende bewijs om te kunnen concluderen dat botox-injecties bij obstipatie door een overactieve bekkenbodem voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Botox-injecties in het sfincterapparaat bij obstipatie op basis van een overactieve bekkenbodem voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt 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: Botox-injecties in het sfincterapparaat bij obstipatie door een overactieve bekkenbodem 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 14, derde lid, 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige zorg, de 'stand van de wetenschap en praktijk' en het toestemmingsvereiste alsmede die uit Verordening (EG) 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.
- 7.2. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit

geval België - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. In het onderhavige geval heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt. Dit omdat de behandeling niet voldoet aan het daarvoor geldende criterium van de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Ter zitting is echter gebleken dat verzoeker in België niet alleen botox infiltraties heeft gehad in het sfincterapparaat, maar ook in de m. puborectalis. Gelet op hetgeen onder (i) is vermeld en het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt zal de commissie eerst nagaan of de onderscheiden behandelingen onder de dekking van de zorgverzekering vallen.

Zorgverzekering

Botox infiltraties in het sfincterapparaat

- 7.3. Er is sprake van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering indien wordt voldaan aan de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Over het tweede zijn partijen verdeeld.
- Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie met betrekking tot de vraag of botox infiltraties in het sfincterapparaat bij obstipatie door een overactieve bekkenbodem voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' 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 (hierna: het rapport) is zo'n 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. Overigens betekent dit 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 gezocht en geselecteerd bewijs 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 bewijs;
4. beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en

5. van bewijs 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 en het voorlopig advies van 2 april 2025 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut zet daarin uiteen dat geen Nederlandse, overkoepelende Europese, of Amerikaanse richtlijnen werden gevonden waarin de behandeling met botox-injecties wordt beschreven bij obstipatie bij een overactieve bekkenbodemp. Op 12 maart 2025 heeft het Zorginstituut een literatuursearch verricht in Embase, Pubmed en Cochrane Central voor de periode van 1946 tot heden. Hierbij zijn 856 artikelen gevonden. Na een screening op titel en abstractie werden er 29 artikelen geïnccludeerd. Slechts vier (kleine) RCT's hebben betrekking op het effect van botox-injecties bij obstipatieklachten door een overactieve bekkenbodemp. De studies laten zien dat er een initiële verbetering plaatsvindt van klachten na een botox-injectie, maar dat dit effect met de tijd afneemt. Daarnaast is er kans op incontinentie van feces/flatuus. De studies concluderen dat het bewijs voor botox-injecties bij obstipatie door een overactieve bekkenbodemp momenteel zwak is en dat studies van hoge kwaliteit met een homogene patiëntgroep nodig zijn om de effectiviteit te verifiëren. Daarmee is er op dit moment onvoldoende bewijs om te kunnen concluderen dat botox-injecties bij obstipatie door een overactieve bekkenbodemp voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'.
- 7.6. Verzoeker heeft de conclusie en het voorlopig advies van het Zorginstituut bestreden, waarbij hij onder andere heeft verwezen naar het artikel 'Botulinum Toxin type A for the treatment of dyssynergic defaecation in adults, a systematic review' van Chaichanavichkij et al., en zijn positieve ervaringen met de ingreep. De commissie heeft de aantekeningen van de hoorzitting en de door verzoeker na afloop van de zitting aangeleverde informatie in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag of een en ander aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. Hierop is als reactie gekomen dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Hetgeen verzoeker heeft opgemerkt over de door het Zorginstituut toegepaste zoekstrategie treft geen doel. De botox infiltraties in de m. puborectalis betreffen een andere behandeling en deze wordt hierna besproken. De commissie ziet, gelet op het voorgaande, geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering en dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de bij verzoeker uitgevoerde botox infiltraties in het sfincterapparaat niet hoeft te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Tevens werd verzoeker voor deze behandeling de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht onthouden.

Botox infiltraties in de m. puborectalis

- 7.7. Eerst ter zitting is gebleken dat bij verzoeker tevens botox infiltraties in de m. puborectalis hebben plaatsgevonden. Naar aanleiding van de na afloop van de hoorzitting door verzoeker overgelegde stukken heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de kosten van de op 19 april 2023 uitgevoerde botox infiltraties in de m. puborectalis ten bedrage van totaal € 1.151,09 te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de kosten van de ná 19 april 2023 plaatsgevonden botox infiltraties in de m. puborectalis te vergoeden (mits verzoeker hiervan de facturen instuurt) alsook de kosten van eventuele toekomstige botox-infiltraties in deze spier. De commissie constateert dat voor zover de zorgverzekering aan de orde is, verzoeker de hoogte van de toegezegde vergoeding niet heeft bestreden en dat deze daarom voor juist moet worden gehouden. Met de toezegging van de ziektekostenverzekeraar is het belang van verzoeker bij een uitspraak over dit onderdeel komen te vervallen.

- 7.8. Ten aanzien van de stelling van verzoeker, dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is in zijn geval het in artikel 10, derde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen toestemmingsvereiste te laten vervallen, geldt dat de commissie verzoeker hierin niet volgt. Het hanteren van een toestemmingsvereiste is een zorgverzekeraar, gelet op artikel 14 Zvw, toegestaan. Of en waarom bij een eerdere gelegenheid verzoeker dit vereiste niet is tegengeworpen blijkt niet uit de overgelegde stukken. Bij ontbreken van bewijs van een van de verzekeringsvoorwaarden afwijkend beleid is het vereiste van voorafgaande toestemming in geval van een behandeling die gepaard met een overnachting in de situatie van verzoeker onverkort van toepassing.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 november 2025,

H.A.J. Kroon

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

Artikel 2 De grondslag van uw zorgverzekering

LID 1 DE BASIS

Deze zorgverzekering is gebaseerd op:

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

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

LID 2 INTERPRETATIEVERSCHILLEN

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

LID 3 DE VERZEKERINGSPAS

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

LID 4 AARD VAN UW ZORGVERZEKERING

Uw zorgverzekering is een combinatieverzekering. Dit betekent dat u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg (zie verder onder “Hoogte van de vergoeding”) en volledig vrij bent in de keuze van zorgaanbieder. Wel contracteren wij zoveel mogelijk zorgaanbieders om afspraken te maken over de te leveren kwaliteit en de prijs voor de behandeling. Op die manier dragen wij bij aan de betaalbaarheid en daarmee de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg. In onze polisvoorwaarden maken wij ten aanzien van onze vergoedingen daarom een onderscheid tussen zorg die wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder en zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u naar een zorgaanbieder gaat met wie wij een overeenkomst hebben voor die behandeling, betalen wij onze vergoeding rechtstreeks uit aan de zorgaanbieder en ontvangt u geen nota. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan dient u zelf de nota aan uw zorgaanbieder te voldoen en betalen wij vervolgens - nadat u de nota bij ons heeft ingediend - aan u de door ons vastgestelde vergoeding uit. Als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een tarief in rekening brengt dat hoger is dan de door ons vastgestelde vergoeding, dan krijgt u dus niet het volledige bedrag vergoed. Voor al onze vergoedingen verwijzen wij u naar onze website.

Zie de [Zorgzoeker](#) op onze website om zorgverleners te zoeken met wie wij afspraken hebben gemaakt. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

LID 5 INHOUD EN OMVANG VAN ZORG

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

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

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

Artikel 3 Werkgebied

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

Artikel 4 Begin van de zorgverzekering

LID 1 DATUM VAN INGANG VAN DE VERZEKERING

Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van één jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Voordat de zorgverzekering voor de eerste keer ingaat moeten wij een volledig ingevuld verzoek voor een zorgverzekering hebben ontvangen. De zorgverzekering waar deze polisvoorwaarden op van toepassing zijn gaat in op 1 januari 2023.

LID 2 ALTERNATIEVE INGANGSDATUM

Als u op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u heeft in uw verzoek aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, dan gaat de zorgverzekering op die latere datum in.

LID 3 VERZEKERD MET TERUGWERKENDE KRACHT

Er zijn twee situaties waarin wij u met terugwerkende kracht kunnen inschrijven:

- a. als u de zorgverzekering binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht voor het eerst ontstaat bij ons aanvraagt. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstaat.
- b. als u de zorgverzekering bij ons aanvraagt binnen een maand nadat uw zorgverzekering bij een andere verzekeraar is beëindigd. Uw zorgverzekering gaat dan bij ons in op de eerste dag nadat uw oude zorgverzekering is geëindigd.

LID 4 AANMELDING INTREKKEN (HERROEPEN)

U kunt een zorgverzekering herroepen die u via internet heeft aangevraagd en gesloten. Vul daartoe binnen 14 dagen na bevestiging van de aanmelding, het contactformulier in op onze website. Vermeld hierin het BSN van degene die de overeenkomst heeft aangevraagd en geef daarbij aan dat u de via internet gesloten verzekeringsovereenkomst wilt beëindigen.

Artikel 18 Medisch-specialistische zorg

LID 1 ALGEMEEN

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

- a. medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch);
- b. behandelingen van plastisch-chirurgische aard.

Voor de volgende vormen van medisch-specialistische zorg gelden andere voorwaarden: revalidatie (artikel 23 van deze polisvoorwaarden), mondzorg door een kaakchirurg (artikel 33 van deze polisvoorwaarden), curatieve GGZ (artikel 37 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 41 van deze polisvoorwaarden). In de genoemde artikelen vindt u onder welke voorwaarden deze zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

LID 2 KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

LID 2.1.1 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG MET OPNAME (KLINISCHE ZORG)

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

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

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

LID 2.1.2 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG ZONDER OPNAME (NIET-KLINISCHE ZORG)

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

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

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

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

- a. voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- b. voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Meer informatie vindt u op onze website.

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

Verwijzing

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

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van zorg verleend door niet-gecontracteerde zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hierbij vergoeden wij maximaal de door ons vastgestelde vergoeding.

Vrije tarieven

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

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°. vruchtbaarheidsgelateerde 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 verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en 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 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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

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. (...)”*