Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa, en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202501581

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoeker heeft bij brief van 2 september 2025 zijn zaak voorgelegd aan SKGZ. In een telefonisch contact met een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen op 30 december 2025 heeft verzoeker verklaard een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) te willen, hetgeen hem bij brief van dezelfde datum is bevestigd. Op 9 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij brief van 13 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 16 maart 2026 aan verzoeker gestuurd.

1.3. Bij brief van 13 april 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026005954) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 april 2026 aan partijen gezonden.

1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2026 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 om de gestelde bril- en contactlensintoleratie nader te onderbouwen. Bij e-mailbericht van 12 juli 2026 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruikt gemaakt. De commissie heeft een kopie van deze reactie op 14 juli 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.

1.6. De aantekeningen van de hoorzitting almede een afschrift van de reactie van verzoeker van 12 juli 2026 zijn op 12 augustus 2026 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 april 2026 aanpassing behoeft.
Bij brief van 25 augustus 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 augustus 2026 aan partijen gestuurd, waarbij hun de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailberichten van 18 en 23 september 2026 op het definitief advies gereageerd. Kopieën van deze reacties zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Gemeentepakket Compleet Gemeentepakket en Herverzekeren Verplicht Eigen Risico € 0 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

2.2. Verzoeker heeft op 18 augustus 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor refractiechirurgie. Bij brief van 19 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op deze aanvraag beslist.

2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.4. Bij brief van 13 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

2.5. Bij brief van 25 augustus 2026 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 is gehouden de aanvraag voor refractiechirurgie alsnog goed te keuren.

3.2. Verzoeker heeft hiervoor aangevoerd dat hij in de nacht en soms ook overdag een CPAP-apparaat gebruikt in verband met ernstige slaapapneu. Door de warme en vochtige lucht die uit het apparaat blaast is de huid van de neusbrug en de jukbeenderen week en geïrriteerd geraakt. Het dragen van een bril leidt hierdoor tot pijnlijke drukplekken, huidirritatie en huidbeschadigingen. Daarnaast raken zijn brillenglazen door de vochtige lucht van het CPAP-apparaat beslagen en wordt het masker van het CPAP-apparaat zelf instabiel waardoor dit zijn werking verliest. Gelet op het voorgaande moge het duidelijk zijn dat het dragen van een bril voor verzoeker geen optie is.

3.3. Naast dat hij geen bril kan dragen, heeft verzoeker een bewezen contactlensintolerantie. Dit blijkt uit het feit dat hij in het verleden langdurig contactlenzen heeft geprobeerd, maar deze veroorzaakten droge ogen, irritaties en verplaatsten zich ook in het oog. Het voorgaande wordt bevestigd in diverse onderzoeken die zijn uitgevoerd en blijkt uit verklaringen van de opticien. Door alle problemen is verzoeker enkel en alleen aangewezen op lensimplantaten. Zonder deze implantaten ervaart verzoeker ernstige belemmeringen bij het uitvoeren van zijn dagelijkse werkzaamheden.

3.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij al jaren brildragend is en dit goed ging totdat hij een CPAP-apparaat moest gaan gebruiken. Van de warme en vochtige lucht krijgt verzoeker ernstige irritaties en wondjes. In het verleden heeft hij weliswaar contactlenzen geprobeerd, maar toentertijd veroorzaakten deze ook klachten. In de nabije toekomst heeft verzoeker een afspraak met de opticien om te kijken of er ook andere soorten contactlenzen mogelijk zijn. Hierbij is mede van belang dat hij fysieke beperkingen heeft bij het in- en uitdoen van de contactlenzen. Deze vinden hun oorzaak in het gegeven dat er aanwijzingen zijn dat verzoeker recent een hartinfarct heeft gehad.

3.5. Bij e-mailberichten van 12 juli 2026, en 18 en 23 september 2026 heeft verzoeker verklaringen overgelegd van zijn verpleegkundige, oogarts, contactlensspecialist, KNO-arts en neuroloog waarin de klachten van verzoeker worden beschreven en de noodzaak voor refractiechirurgie wordt bevestigd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat in de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald welke zorg voor vergoeding in aanmerking komt en onder welke voorwaarden hij is gehouden de kosten hiervan te vergoeden. Zorg komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien de verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er dient daarnaast sprake te zijn van doelmatige zorg, en voor medisch-specialistische zorg is verder een verwijzing door bijvoorbeeld de huisarts vereist. Specifiek voor refractiechirurgie geldt nog de eis dat de ziektekostenverzekeraar voorafgaand om toestemming moet zijn gevraagd.

4.2. Het Zorginstituut heeft in zijn standpunt van 25 augustus 2008 bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van refractiechirurgie als de refractieafwijkingen niet met een bril kunnen worden gecorrigeerd én de verzekerde geen contactlenzen kan verdragen. Aansluitend daarop hebben Zorgverzekeraars Nederland en het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap nadere voorwaarden geformuleerd, zoals vastgelegd in de circulaire van 4 mei 2016. In deze circulaire is vermeld dat aanspraak kan worden gemaakt op refractiechirurgie bij myopie van ten minste -10D, anisometropie van ten minste 4D, hypermetropie van ten minste 6D of astigmatisme van ten minste 4,5D. Daarbij is de formule voor het berekenen van de sferische equivalent van de brilsterkte, gemeten op hoornvliesafstand 12 mm: sferische sterkte + (0,5 X cilindersterkte). Daarnaast moet, als gezegd, een objectiveerbare contactlensintolerantie bestaan.
In de circulaire wordt tevens aangegeven dat zich in uitzonderingsgevallen bijzondere indicaties kunnen voordoen, waarvoor een individuele machtigingsaanvraag met onderbouwing van de medische indicatie moet worden ingediend. Als voorbeeld van deze bijzondere gevallen wordt volstrekte brilintolerantie bij gebleken contactlensintolerantie genoemd (zoals allergische aandoeningen, neusbrugafwijkingen, oorafwijkingen).

4.3. Op basis van de informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij verzoeker een objectiveerbare bril- en contactlensintolerantie aanwezig is. Tevens is bij hem geen sprake van myopie van ten minste -10D, anisometropie van ten minste 4D, hypermetropie van ten minste +6D of astigmatisme van ten minste 4,5D.
In de brief van de opticien van 18 juli 2025 is vermeld dat verzoeker twaalf à dertien jaar geleden gedurende ongeveer anderhalf jaar contactlenzen heeft gedragen en dat deze toen oogirritatie veroorzaakten. Daarmee wordt niet voldaan aan de hiervoor beschreven voorwaarde, waarbij geldt dat de verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van ten minste een jaar contactlenzen moet hebben gedragen én in de afgelopen twaalf maanden ten minste één wijziging van het lensmateriaal (waaronder een siliconenhydrogellens) moet hebben gehad ter verbetering van het draagcomfort. Een contactlensintolerantie als bedoeld in de regelgeving is daarom niet aan de orde, zodat niet wordt toegekomen aan toetsing aan de overige criteria. Hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar nog op dat door verzoeker niet is onderbouwd dat bij hem kan worden gesproken van bijzondere omstandigheden. Zo wordt in de verwijsbrief enkel benoemd dat verzoeker de contactlenzen niet in en uit kan doen, maar een toelichting daarop ontbreekt.

4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en benadrukt dat pas aanspraak bestaat op refractiechirurgie als sprake is van (i) een ernstige refractieafwijking, of (ii) een volstrekte brilintolerantie bij een gebleken contactlensintolerantie. Een en ander dient medisch te worden onderbouwd en dit laatste heeft verzoeker niet gedaan. Zo is door hem niet onderbouwd waarom hij niet toe zou kunnen met een ander type contactlens. Aangezien bij verzoeker geen sprake is van een ernstige refractieafwijking, en daarnaast informatie ontbreekt

over de volstrekte brilintolerantie, maar ook over de contactlensintolerantie, leidt dit ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op refractiechirurgie.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 13 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Refractieafwijking
Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat verzoeker niet in aanmerking komt voor vergoeding vanwege de refractieafwijking. In de brief van de opticien van 18 juli 2025 staat dat verzoeker een refractie heeft van OD (rechter oog) S+3.75 C-0.75 as90 vis~0.80 en OS (linker oog) S+3.75 C-0.50 as105 vis~0.80. Hiermee voldoet verzoeker niet aan de in de circulaire genoemde voorwaarden (anisometropie S ≥4D (verschil in sterkte tussen beide ogen), myopie S ≥-10D (ernstige bijziendheid), hypermetropie S ≥6D (ernstige verziendheid), astigmatisme C ≥4,5D (ernstige cilindrische afwijking, het hoornvlies is niet mooi rond waardoor het zicht wazig of vervormd wordt). Verzoeker voldoet niet aan één van de voorwaarden.

Contactlensintolerantie of brilintolerantie
In uitzonderingsgevallen kunnen bijzondere indicaties zich voordoen die voor vergoeding in aanmerking komen, zoals een volstrekte brilintolerantie bij een gebleken contactlensintolerantie.

In de brief van de dermatoloog van 4 september 2025 is te lezen dat verzoeker problemen heeft met het dragen van een bril door een dunne huid en seborroisch eczeem op de neus. Dit is verergerd na het starten van CPAP-therapie. Uit de aanvullende informatie blijkt dat de huid van verzoeker niet is verbeterd sinds de behandeling met ketoconazol. Het is onbekend of een vervolgbehandeling is ingezet. Ook is niet bekend of er vanwege de huidproblemen bijvoorbeeld andere CPAP-maskers geprobeerd worden.

De opticien stelt in zijn brief van 18 juli 2025 dat verzoeker intolerant is voor contactlenzen. Verzoeker had last van droge ogen en oogirritatie. Er is niet beschreven of verzoeker gebruik heeft gemaakt van kunsttranen ter verbetering van de droge ogen en wat hier het effect van was. De informatie van de opticien is beperkt en onderbouwt de lensintolerantie niet, zoals staat beschreven in de circulaire van ZN van 4 mei 2016. Er wordt onder andere niet aangegeven of en welke objectiveerbare contactlens geïnduceerde symptomen vastgesteld zijn. Ook wordt niet voldaan aan de voorwaarde dat verzoeker in de afgelopen twaalf maanden tenminste één (contact)lenswijziging moet hebben gehad van een ander materiaal (waaronder een siliconenhydrogellens) ter verbetering van het draagcomfort. Verder is beschreven dat verzoeker problemen heeft met het in- en uitdoen van lenzen, maar dit is niet nader toegelicht. [Uit de brief van de dermatoloog van 4 september 2025 blijkt niet dat er sprake is van bijvoorbeeld een bewegingsstoornis.]

Conclusie
De refractieafwijking van verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden voor vergoeding van refractiechirurgie. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan daarnaast niet worden vastgesteld dat er sprake is van een volstrekte brilintolerantie of contactlensintolerantie. Concluderend komt verzekerde niet in aanmerking voor vergoeding van refractiechirurgie.

Het advies
Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden voor vergoeding van refractiechirurgie ten laste van de basisverzekering."

5.2. In het definitief advies van 25 augustus 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen. Hierna zal het Zorginstituut ingaan (waar relevant) op de nader ingediende stukken. Uit het verslag en de aanvullende stukken komen echter geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien.
U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

<u>Beoordeling lens-/brilintolerantie</u>
In de brief van 26 juni 2026 schrijft de contactlensspecialist dat contactlenzen op sterkte wel mogelijk zijn, maar dat verzoeker deze niet zelf kan inzetten en uithalen. Zodoende zijn continue lenzen voorgesteld, maar dan moeten er dagelijks preventief antibioticadruppels toegediend worden en de lens maandelijks vervangen worden. Verzoeker kan echter niet zelf druppelen. In de brief van 11 juli 2026 geeft de verpleegkundige aan dat verschillende hulpmiddelen om de ogen te druppelen zonder succes zijn geprobeerd.

In de brief van de dermatoloog van 9 juli 2026 is beschreven dat het irritatief eczeem (seborroïsch eczeem), ondanks adequate behandeling met ketoconazolcrème, niet is afgenomen. Er zijn geen andere dermatologische behandelopties beschikbaar.

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat het niet bekend is of andere CPAP-maskers geprobeerd zijn in verband met de huidproblemen. Hier is geen reactie op ontvangen.

Zowel de verpleegkundige als de dermatoloog noemen in hun voormelde brieven dat verzoeker een neurologische beperking heeft. Er blijkt uit het dossier geen verdere onderbouwing of specificatie van de onderliggende oorzaak dan wel aandoening. Ook in de medische voorgeschiedenis, welke benoemd is in de brief van de dermatoloog van 4 september 2025, is geen verklarende aandoening voor de motorische beperking vermeld.

In de circulaire van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) van 4 mei 2016 is het volgende beschreven: "N.B. Er zijn ook patiënten bij wie, om puur praktische redenen, het niet mogelijk is om contactlenzen te dragen i.v.m. inzetten en uitdoen van de contactlenzen. Gedacht moet worden aan patiënten met ernstige bewegings- of coördinatiestoornissen waardoor zij niet in staat zijn contactlenzen op een veilige wijze op het oog aan te brengen en daarbij geen bril kunnen dragen. ***Dit moet blijken uit de door de medisch specialist verstrekte aanvullende informatie****."*

Zoals in de voornoemde ZN-circulaire is aangegeven zou aanvullende medisch specialistische informatie verstrekt moeten worden ter onderbouwing van de neurologische beperking. Dit ontbreekt in de voorliggende documentatie."

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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

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

7. Beoordeling

7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en het 'redelijkerwijs zijn

aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

7.2. Partijen zijn niet erover verdeeld dat medisch specialistische zorg, waaronder refractiechirurgie, een verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering. Om voor verstrekking of vergoeding hiervan in aanmerking te komen moet de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de verzekerde zorg zijn aangewezen. Dit is geregeld in artikel 1.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.1, derde lid, Bzv. Waar het erom gaat of verzoeker aan deze voorwaarde voldoet overweegt de commissie als volgt.

7.3. De ziektekostenverzekeraar heeft zich bij zijn standpuntbepaling mede laten leiden door een circulaire die op 4 mei 2016 door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in samenwerking met het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) is opgesteld. Deze circulaire bezit niet de status van regelgeving, maar van een algemeen, representatief te achten en met algemene instemming van de betrokken beroepsgroep tot stand gekomen medisch specialistisch inzicht. Ook het Zorginstituut gaat in het voorlopig advies van 13 april 2026 uit van deze circulaire. De commissie neemt het stuk eveneens als uitgangspunt bij haar beoordeling.

7.4. Uit de circulaire blijkt dat aanspraak kan worden gemaakt op refractiechirurgie in geval van een ernstige refractieafwijking. Dit is aan de orde bij myopie van ten minste -10D, anisometropie van ten minste 4D, hypermetropie van ten minste 6D of astigmatisme van ten minste 4,5D. Daarbij is de formule voor het berekenen van de sferische equivalent van de brilsterkte, gemeten op hoornvliesafstand 12 mm: sferische sterkte + (0,5 X cilindersterkte). Uit de overgelegde verklaring van de opticien van 18 juli 2025 volgt dat verzoeker een refractie heeft van OD (rechter oog) S+3.75 C-0.75 as90 vis~0.80 en OS (linker oog) S+3.75 C-0.50 as105 vis~0.80. Het Zorginstituut concludeert op basis van deze bevindingen dat bij verzoeker niet kan worden gesproken van een ernstige refractieafwijking. De commissie ziet geen aanleiding om van deze conclusie af te wijken en volgt het Zorginstituut hierin.

7.5. Uit de door ZN in samenwerking met het NOG opgestelde circulaire blijkt verder dat ook verzekerden met een bijzondere indicatie in aanmerking kunnen komen voor refractiechirurgie. Specifiek worden verzekerden genoemd met een volstrekte brilintolerantie bij een gebleken contactlensintolerantie. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat de huid van zijn neusbrug en jukbeenderen door het gebruik van een CPAP-apparaat week en geïrriteerd is geraakt waardoor het dragen van een bril pijnlijk is. Daarnaast is door verzoeker aangevoerd dat hij in het verleden langdurig contactlenzen heeft geprobeerd, maar dat de lenzen droge ogen en irritaties veroorzaakten. Ook is sprake van problemen bij het in- en uitdoen van de lenzen. Volgens verzoeker heeft hij een bril- en contactlensintolerantie.
Het Zorginstituut merkt in het voorlopig advies van 13 april 2026 op dat niet duidelijk is of verzoeker voor zijn huidproblemen vervolgbehandelingen ondergaat en of andere CPAP-maskers zijn geprobeerd. Daarnaast is onduidelijk of verzoeker gebruik heeft gemaakt van kunsttranen ter verbetering van de droge ogen en wat hier het effect van was. De informatie van de opticien is beperkt en onderbouwt de lensintolerantie onvolledig. Er wordt onder andere niet aangegeven of en welke objectiveerbare contactlens geïnduceerde symptomen zijn vastgesteld. Ook wordt niet voldaan aan de voorwaarde dat verzoeker in de afgelopen twaalf maanden ten minste één (contact)lenswijziging moet hebben gehad van een ander materiaal (waaronder een siliconenhydrogellens) ter verbetering van het draagcomfort. Verder is beschreven dat verzoeker problemen heeft met het in- en uitdoen van lenzen, maar dit is niet nader toegelicht.
Na afloop van de hoorzitting zijn door verzoeker weliswaar verschillende verklaringen overgelegd, maar in deze verklaringen worden enkel de problemen beschreven. Zo is niet bekend of andere CPAP-maskers zijn geprobeerd in verband met de huidproblemen en ontbreekt een onderbouwing

van de neurologische beperking van verzoeker. Het Zorginstituut merkt in het definitief advies, onder verwijzing naar eerdergenoemde circulaire, nog op dat er verzekerden zijn voor wie het om puur praktische redenen niet mogelijk is contactlenzen te dragen, in verband met het in- en uitdoen. Hiervan moet dan blijken uit een aanvullende verklaring van een medisch specialist. Het Zorginstituut constateert dat deze ontbreekt.
Gelet hierop kan het Zorginstituut ook in het definitief advies van 25 augustus 2026 niet vaststellen of bij verzoeker een volstrekte brilintolerantie en contactlensintolerantie aan de orde is.

7.6. De commissie overweegt dat op grond van artikel 150 Rv en de jurisprudentie het uitgangspunt is dat een verzekerde die meent een vordering op een verzekeraar te hebben, de stelplicht en bewijslast heeft van zijn stelling dat sprake is van dekking onder de (zorg)verzekeringsovereenkomst (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469). Dit betekent dat het aan verzoeker was om, daartoe in de gelegenheid gesteld, de onduidelijkheden die worden benoemd in het voorlopig advies van 13 april 2026 weg te nemen. Verzoeker heeft, hoewel dit op zijn weg lag, niet aangetoond dat bij hem kan worden gesproken van een volstrekte brilintolerantie bij een gebleken contactlensintolerantie. Evenmin heeft verzoeker onderbouwd dat hij, naast dat hij geen bril kan dragen, kampt met een ernstige bewegings- of coördinatiestoornis waardoor hij niet in staat is contactlenzen op een veilige wijze op het oog aan te brengen.
Het voorgaande wordt bevestigd in het definitief advies van 25 augustus 2026 van het Zorginstituut en leidt ertoe dat verzoeker niet aan de voorwaarden voor refractiechirurgie voldoet, zodat de ziektekostenverzekeraar de hiervoor ingediende aanvraag terecht heeft afgewezen.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 oktober 2026,

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 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

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Ruime Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen ‘de zorgverzekering’. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg ‘plegen te bieden’. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafspraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafspraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 261 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is 2 x € 152 = € 304 per dag Af: eigen bijdrage is 2 x € 21,50 = € 43 per dag Totaal: € 304 - € 43 = € 261 per dag Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 261 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	De eigen bijdrage is € 549,41 voor moeder en kind samen.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,40 per uur.
Medische noodzaak	
Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.	

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
  U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Voor zover u deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering omvat medisch specialistische zorg ook:

a. Van 1 juli 2021 tot 1 januari 2027, blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies;
b. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2025 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker;
c. Van 1 oktober 2017 tot 1 juli 2025 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht;
d. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
e. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn.

Als het onderzoek is voltooid, heeft u aanspraak op deze zorg zoals omschreven in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering. Dit geldt niet als het onderzoek voortijdig is stopgezet.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd

a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.
Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico wel. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7. Verplicht eigen risico en 8. Vrijwillig eigen risico van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.
Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.
Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en 1.6. Tijdige zorgverlening van deze verzekeringsvoorwaarden.

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

- Oogheelkunde: Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
- KNO: Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
- Chirurgie: Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
- Dermatologie Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
- Gynaecologie: Vulvaire en vaginale afwijkingen
- Plastische chirurgie: Zie artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie

Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (Interdisciplinaire MSR) is zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Deze zorg is gericht op het behandelen van mensen die door bepaalde ziekten of aandoeningen ernstige problemen ervaren bij hun dagelijkse activiteiten en daardoor moeilijk meekomen in de maatschappij. Bij interdisciplinaire MSR werkt een revalidatiearts samen met een revalidatieteam van gespecialiseerde zorgverleners uit verschillende vakgebieden. Het doel van interdisciplinaire MSR is dat de patiënt zichzelf goed kan redden, zelf controle kan nemen en beter kan deelnemen aan de maatschappij.

Op indicatie van een revalidatiearts kunt u recht hebben op Interdisciplinaire MSR-behandeling als bij u sprake is van:

- Problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen veroorzaakt door een aandoening in het bewegingsapparaat of een neurologische aandoening;
- Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt problemen in het bewegingsvermogen;
- Problemen van het bewegingsvermogen en de mogelijkheid om te bewegen beperkt of afwezig is;
- Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) als het hersenletsel leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.

U heeft alleen recht op deze zorg als deze het meest doeltreffend is om de problemen te voorkomen, verminderen of overwinnen en u met deze zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7. Verplicht eigen risico en 8. Vrijwillig eigen risico van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van gespecialiseerde zorgverleners onder leiding van een revalidatiearts verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en 1.6. Tijdige zorgverlening van deze verzekeringsvoorwaarden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:

a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.

2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.

5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

a. de zorg niet omvat:
   1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
   2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
   3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
   4°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
   5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
   1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
   2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
   3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
   4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, 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.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.