

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401285

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 4 juli 2024 een klacht voorgelegd aan de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft op 19 augustus 2024 telefonisch aan verzoeker meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling, hetgeen hem nadien per brief is bevestigd. Verzoeker heeft tijdens dit telefoongesprek meegedeeld dat hij de commissie vraagt een uitspraak te doen. Bij brief van 23 augustus 2024 is het telefonisch (intake)gesprek met verzoeker, waarin hij zijn verzoek nader heeft toegelicht, bevestigd. Op 26 augustus 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 2 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 oktober 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 10 oktober 2025 respectievelijk 16 oktober 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 28 november 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024036983) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 29 november 2024 aan partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop te reageren. Bij brief van 13 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 14 januari 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.5. De reactie van de ziektekostenverzekeraar van 13 januari 2025 is op 14 januari 2025 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 28 november 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 7 mei 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 mei 2025 aan partijen gestuurd, waarbij hen de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben zij geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis en Tandarts (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker is tijdens zijn verblijf in Iran (in september 2023) van de trap gevallen en op zijn schouder terechtgekomen. Omdat de pijnklachten niet overgingen, heeft verzoeker zich gewend tot een orthopeed ter plaatse. Deze heeft, na een MRI-scan te hebben gemaakt, besloten verzoeker te opereren. De van de kliniek in Iran ontvangen facturen heeft verzoeker bij terugkomst in Nederland op 12 december 2023 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Bij brieven van 9 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de kosten van de MRI-scan gedeeltelijk worden vergoed; de kosten van de blokkade van de nervus suprascapularis en de prolotherapie van de schouder worden niet vergoed.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. In vervolg hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker aanvullende informatie opgevraagd. Na ontvangst van de reactie van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar hem bij brief van 3 juni 2024 meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 28 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 7 mei 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 is gehouden de kosten van de in Iran uitgevoerde behandelingen, bestaande uit een blokkade van de nervus suprascapularis en prolotherapie van de schouder, te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker voert in dat verband aan dat hij na de val van de trap last had van pijn in zijn nek en schouder, en duizelig was. Omdat de pijnklachten na een paar dagen niet afnamen, heeft verzoeker zich tot een orthopeed gewend die een MRI-scan heeft laten maken. Op basis van de resultaten van de MRI-scan heeft de orthopeed verzoeker doorverwezen naar een pijnspecialist. Deze pijnspecialist heeft verzoeker uitgebreid behandeld. De kosten van de behandeling door de pijnspecialist zijn, in tegenstelling tot de MRI-scan, door de ziektekostenverzekeraar niet vergoed. Verzoeker vindt dit zeer vreemd en beschouwt dit als inconsistent. Daarnaast is de behandeling die door de pijnspecialist is uitgevoerd in Iran zeer gebruikelijk. Hieruit leidt verzoeker af dat de behandeling in Iran wél voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 3 juni 2024 uiteengezet dat zijn medisch adviseur de door verzoeker overgelegde stukken heeft bekeken en tot de conclusie is gekomen dat bij verzoeker sprake was van artrose van de rechterschouder (osteoarthritis). Op de in Iran gemaakte MRI-scan van de rechterschouder is een milde scheur in de supraspinatus pees en een milde degeneratie van het acromioclaviculaire gewricht te zien. Beoordeeld dient te worden of de door de pijnspecialist uitgevoerde behandelingen, bestaande uit een blokkade van de nervus suprascapularis en prolotherapie van de schouder, voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Ten aanzien van de prolotherapie geldt dat zowel uit Pubmed als uit Uptodate blijkt dat er nader onderzoek nodig is van betere kwaliteit om de effectiviteit van prolotherapie bij artrose van de schouder vast te stellen. Prolotherapie bij degeneratieve afwijkingen van de schouder voldoet niet aan stand van de wetenschap en praktijk. Tot eenzelfde conclusie wordt gekomen als wordt gezocht naar publicaties over een blokkade van de nervus suprascapularis. Weliswaar wordt in Pubmed een viertal publicaties gevonden, maar geen van deze publicaties is van goede kwaliteit en gaat specifiek over artrose van de schouder.

De ziektekostenverzekeraar komt op basis hiervan tot de conclusie dat een blokkade van de nervus suprascapularis en prolotherapie van de schouder beide niet als een te verzekeren prestatie op grond van de zorgverzekering kunnen worden beschouwd. De behandelingen voldoen niet aan de stand van de wetenschap en de praktijk.

- 4.2. In zijn brief van 2 oktober 2024 vult de ziektekostenverzekeraar aan dat in de later ontvangen medische aanvraag van 8 februari 2024 door verzoeker is verklaard dat de klachten zijn ontstaan na een val van de trap tijdens het verblijf in Iran. Deze omstandigheid wordt in de overgelegde stukken die zijn opgesteld door de medisch specialisten echter niet beschreven. Daar komt bij dat de afwijkingen die worden beschreven op basis van de MRI-scan zien op klachten van artrose. Deze zijn niet door een val veroorzaakt, maar in de loop der tijd ontstaan. Dit komt ook overeen met de medische geschiedenis van verzoeker, waaruit blijkt dat hij al jaren fysiotherapiebehandelingen krijgt voor zijn schouderklachten. Gelet hierop stelt de ziektekostenverzekeraar dat de in Iran uitgevoerde behandelingen tijdig hadden kunnen plaatsvinden bij een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding ziet de behandelingen aan te merken als spoedzorg zodat de kosten hiervan ook niet kunnen worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn brief van 13 januari 2025 dat het Zorginstituut in het voorlopig advies van 28 november 2024 ten onrechte concludeert dat bij verzoeker sprake is van een subacromiaal pijnsyndroom van de schouder (SAPS). Deze diagnose is niet genoemd door de behandelend arts in Iran. In de door verzoeker overgelegde medische stukken wordt gesproken over ‘RT OA, oftewel: Osteoarthritis rechts = artrose rechts. *“Op de MRI van de schouder werd ook milde degeneratie van het AC-gewricht gezien en een milde scheur in de supraspinatus pees bij iemand van 62 jaar kan goed passen bij een degeneratieve scheur van de rotator cuff.”* Ten aanzien van de prolotherapie voert de ziektekostenverzekeraar aan dat deze bij verzoeker bestond uit 1) D/W 15% 15cc?, 2) Erythropoetine en 3) Ozon. D/W staat voor een dextrose oplossing (dextrose in water), hetgeen bij prolotherapie wordt toegepast (zie bijvoorbeeld ook: <https://triggerpointsalkmaar.nl/prolotherapie-en-perineurale-injectie-therapie>). De referenties die eerder zijn genoemd gaan daarom ook over prolotherapie met dextrose. Over prolotherapie met deze combinatie van 3 middelen is geen literatuur te vinden. Gelet op het voorgaande handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt dat prolotherapie bij degeneratieve afwijkingen van de schouder niet voldoet aan stand van de wetenschap en praktijk. Ook een blokkade van de nervus suprascapularis bij degeneratieve afwijkingen van de schouder voldoet niet aan stand van de wetenschap en praktijk.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 28 november 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De vraag die in dit geschil centraal staat is of een blokkade van de nervus suprascapularis en prolotherapie bij de indicatie van verzoeker voldoen aan ‘de stand van wetenschap en praktijk’.

Blokkade van de nervus suprascapularis

Volgens verweerder is bij verzoeker sprake van artrose aan de schouder. Een blokkade van de nervus suprascapularis voldoet volgens verweerder bij de indicatie artrose niet aan de stand van wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut volgt de conclusie van verweerder dat er sprake is van artrose niet. Volgens het Zorginstituut is bij verzoeker sprake van een subacromiaal pijnsyndroom van de schouder (SAPS). Uit het dossier valt op te maken dat er sprake was van acuut letsel na een val. Dit letsel valt onder SAPS. Dat er ook sprake was van oud letsel (artrose) doet hier niet aan af.

Uit de richtlijn SAPS valt op te maken welke klachten er onder SAPS vallen. Het gaat bij SAPS om pijn in de schouder door veroudering, overbelasting of beschadiging van de pezen en/of spieren rondom de schouder. Dit komt overeen met de bevindingen op de MRI, namelijk een milde scheur in de supraspinatus pees en artrose. Het advies in de richtlijn SAPS is rust en voorlichting, gevolgd door een laagintensieve, hoogfrequente oefentherapie. Bij hevige pijn is het advies gedurende twee weken NSAID's te slikken en bij hevige pijn in de eerste acht weken te injecteren met corticosteroïden om zo de nervus suprascapularis te blokkeren.

De gebruikte combinatie van corticosteroïden met lidocaïne is in de praktijk gebruikelijk. Bij schouderklachten wordt dit gedaan langs de nervus suprascapularis. Deze behandeling voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.

Prolotherapie

Volgens verweerder voldoet prolotherapie niet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Verweerder heeft onderzoek gedaan naar de toepassing van prolotherapie met glucose-injectie. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat er meer onderzoek nodig is om de effectiviteit van deze behandeling te bewijzen. Bij verzoeker is echter geen sprake van prolotherapie met glucose-injecties. Bij verzoeker is sprake van prolotherapie door middel van injecties van erytropoïetine in combinatie met ozon. Naar deze combinatie heeft verweerder geen onderzoek gedaan.

Het is in eerste instantie aan zorgverzekeraars om te beoordelen of zorg voldoet aan 'de stand van wetenschap en praktijk'.

Nader onderzoek

Verweerder dient zijn uitspraak over de 'stand van de wetenschap en praktijk' nader te onderbouwen met een literatuuronderzoek naar prolotherapie met injecties van erytropoïetine in combinatie met ozon.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

- 5.2. In het definitief advies van 7 mei 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Subacromiaal pijnsyndroom van de schouder (SAPS)

In reactie op het voorlopig advies geeft verweerder aan dat de diagnose SAPS niet wordt genoemd door de behandelend arts. Verweerder kan daardoor niet volgen hoe het Zorginstituut tot de conclusie komt dat sprake is van SAPS. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op.

Verzoeker heeft langer bestaande schouderklachten die verergerden na een val van de trap. Aanvullend onderzoek liet geen breuk in de schouder zien. De schouderklachten van verzoeker kunnen op basis van de beschikbare medische gegevens worden geduid als SAPS. Onder SAPS worden alle niet-traumatische, specifiek niet-inflammatoire of door een reumatologische aandoening veroorzaakte (meestal unilaterale) schouderklachten gerekend die leiden tot pijn, veelal verergerend tijdens of aansluitend aan het heffen van de arm. Primair omvat dit bursitis

subdeltoidea/subacromialis en/of problematiek ten aanzien van de rotator cuff. De pathologie kan divers zijn, zoals cuff degeneratie, tendinosis calcarea, en rupturen van de supraspinatuspees.

In februari 2025 is een geüpdatete versie van de richtlijn SAPS van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) gepubliceerd. In de richtlijn worden verschillende vormen van behandeling besproken. Op basis van systematisch literatuuronderzoek worden aanbevelingen gedaan. Gezien de zeer recente update van de richtlijn wordt het literatuuronderzoek niet herhaald door het Zorginstituut.

De aanbeveling met betrekking tot nervus suprascapularis blokkade bij SAPS luidt als volgt: "Overweeg samen met de patiënt (met voorlichting over werking en bijwerking) om nervus suprascapularis blokkade toe te passen bij patiënten met therapieresistente SAPS met als doel om pijnverlichting te bewerkstelligen indien eerdere adequate conservatieve therapie onvoldoende effectief is gebleken".

In de toelichting op deze aanbeveling wordt aangegeven dat er een systematisch literatuuronderzoek is verricht naar de impact van een nervus suprascapularis blokkade bij SAPS patiënten (met intacte rotator cuff), vergeleken met het effect van een subacromiale corticosteroïdinjectie. Er werd geen literatuur gevonden waarin het effect van een suprascapularis blokkade werd vergeleken met een injectie met corticosteroïden bij SAPS. Daarom kon er op basis van de literatuur geen conclusie getrokken worden over de impact van een suprascapularis blokkade in vergelijking met de veel vaker gebruikte subacromiale corticosteroïd injectie bij SAPS-patiënten. Volgens de NOV bestaat er een evidente kennisvraag en zijn nieuwe studies noodzakelijk om te komen tot nieuwe inzichten met betrekking tot de uitgangsvraag.

Vervolgens licht de NOV toe dat, met het vaststellen dat er geen bewijskracht is, niet gezegd is dat er geen effect is van een nervus suprascapularis blokkade behandeling bij therapieresistente SAPS. Hierbij wordt in overweging genomen dat er positieve studieresultaten zijn van nervus suprascapularis blokkade in vergelijking met een subacromiale injectie bij patiënten met een andere aandoening dan SAPS, namelijk cuff rupturen.

Mede hierdoor, maar ook op basis van praktijkervaring, expert opinion en overige literatuur, acht de NOV, hoewel de bewijskracht er niet is, dat een nervus suprascapularis blokkade te overwegen is bij patiënten met therapieresistente SAPS waarbij andere behandelopties geen keuze meer zijn, na samen beslissen met de patiënt.

Verzoeker heeft al langer bestaande schouderklachten waarvoor hij in het verleden gebruik maakte van fysiotherapie. Na de recente val in Iran zijn de klachten verergerd. Aansluitend is direct overgegaan op behandeling met prolotherapie en nervus suprascapularis blokkade.

Gelet op de resultaten van het systematisch literatuuronderzoek en de aanbevelingen zoals geformuleerd in de richtlijn, voldoet [een] nervus suprascapularis blokkade niet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij patiënten met SAPS voor wie nog andere behandelopties bestaan zoals fysio- en oefentherapie, eventueel in combinatie met subacromiale corticosteroïdinjectie.

Het Zorginstituut merkt op dat deze conclusie afwijkt van het voorlopig advies d.d. 28 november 2024. Er was echter bij nader inzien ten tijde van het uitbrengen van het voorlopig advies ook onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van de behandeling bij de indicatie van verzoeker.

Prolotherapie

Verweerder heeft in reactie op het voorlopig advies toegelicht dat één van de bestanddelen van prolotherapie D/W (dextrose in water) is. De referenties van de medisch adviseur gaan daarom

over prolotherapie met dextrose, ozon en erythropoëetine. Verweerder heeft hierbij geen wetenschappelijk bewijs gevonden voor de effectiviteit van prolotherapie bij degeneratieve afwijkingen van de schouder.

Op 24 januari 2025 heeft het Zorginstituut een literatuursearch gedaan in de databases Medline, Embase en Cochrane. De literatuursearch leverde drie resultaten op, namelijk één update en twee onderzoeken naar knie osteoartritis. Er werd geen literatuur gevonden over de behandeling van SAPS.

Op basis van het ontbreken van literatuur in medische databanken en richtlijnen over prolotherapie bij schouderklachten, kan geconcludeerd worden dat prolotherapie bij de indicatie van verzoeker (SAPS) niet effectief is en op dit moment niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat [een] zenuwblokkade van de nervus suprascapularis bij patiënten met SAPS voor wie nog andere behandelopties bestaan, niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet en niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat prolotherapie van de schouder niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarom ook niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

- Een zenuwblokkade van de nervus suprascapularis bij patiënten met SAPS voor wie nog andere behandelopties bestaan, maakt geen onderdeel uit van het basispakket en verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding hiervan ten laste van de basisverzekering;
- Prolotherapie van de schouder maakt geen onderdeel uit van het basispakket en verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding hiervan ten laste van de basisverzekering.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 medisch-specialistische zorg, waaronder ook het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. Verzoeker heeft zorg gehad in Iran. Tussen Nederland en Iran bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dit verband is in geschil of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de behandelingen door de pijnspecialist in Iran, bestaande uit een blokkade van de nervus suprascapularis en prolotherapie van de schouder, te

vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de hiermee gemoeide kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat beide behandelingen niet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ zodat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 7.3. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie met betrekking tot de vraag of een blokkade van de nervus suprascapularis en prolotherapie bij de indicatie van verzoeker 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 een dergelijke richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. 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 nader voorlopig advies van 28 november 2024 en het definitief advies van 7 mei 2025 bevatten de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut heeft in beide adviezen de bij verzoeker uitgevoerde behandelingen, te weten een zenuwblokkade van de nervus suprascapularis met een combinatie van corticosteroïden met lidocaïne, en prolotherapie van de schouder door middel van injecties van dextrose met water, erytropoëetine en ozon, los van elkaar beoordeeld. Voor beide behandelingen geldt dat de indicatie van belang is. Met betrekking hiertoe concludeert het Zorginstituut in het voorlopig advies van 28

november 2024, op basis van de overgelegde medische stukken, dat bij verzoeker sprake was van een subacromiaal pijnsyndroom van de schouder (SAPS). De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van dit advies deze diagnose gemotiveerd bestreden en aangevoerd dat SAPS niet wordt genoemd door de behandelend arts in Iran. Sterker nog: in de medische stukken wordt gesproken over artrose rechts en een milde scheur in de supraspinatus pees. Het Zorginstituut heeft in het definitief advies van 7 mei 2025 hieraan aandacht besteed en toegelicht dat onder SAPS alle niet-traumatische, specifiek niet-inflammatoire of door een reumatologische aandoening veroorzaakte (meestal unilaterale) schouderklachten worden gerekend die leiden tot pijn, veelal verergerend tijdens of aansluitend aan het heffen van de arm. Gelet op deze toelichting gaat de commissie er voor het vervolg van uit dat beide behandelingen zijn uitgevoerd in verband met SAPS.

- 7.6. Het Zorginstituut zet in het definitief advies van 7 mei 2025 uiteen dat in februari 2025 een geüpdatete versie van de richtlijn SAPS van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) is gepubliceerd. In de richtlijn worden verschillende vormen van behandeling besproken. De aanbeveling met betrekking tot nervus suprascapularis blokkade bij SAPS luidt als volgt: *“Overweeg samen met de patiënt (met voorlichting over werking en bijwerking) om nervus suprascapularis blokkade toe te passen bij patiënten met therapieresistente SAPS met als doel om pijnverlichting te bewerkstelligen indien eerdere adequate conservatieve therapie onvoldoende effectief is gebleken”*. In de toelichting op deze aanbeveling wordt aangegeven dat er een systematisch literatuuronderzoek is verricht naar de impact van een nervus suprascapularis blokkade bij SAPS patiënten (met intacte rotator cuff), vergeleken met het effect van een subacromiale corticosteroïdinjectie. Er werd geen literatuur gevonden waarin het effect van een suprascapularis blokkade werd vergeleken met een injectie met corticosteroïden bij SAPS. Mede hierdoor, maar ook op basis van praktijkervaring, expert opinion en overige literatuur, acht de NOV, hoewel de bewijskracht er niet is, dat een nervus suprascapularis blokkade te overwegen is bij patiënten met therapieresistente SAPS waarbij andere behandelopties geen keuze meer zijn. Het Zorginstituut volgt deze aanbeveling en concludeert dat een nervus suprascapularis blokkade bij patiënten met SAPS voor wie nog andere behandelopties zijn niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

Verzoeker had in het verleden schouderklachten die na zijn val in Iran waren verergerd. Na deze val werd direct besloten tot operatief ingrijpen. Nu niet vaststaat dat er geen andere behandelopties waren, concludeert het Zorginstituut dat een nervus suprascapularis blokkade in de situatie van verzoeker niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’. De commissie ziet in de stelling van verzoeker dat dit in Iran anders is, omdat de behandeling daar regelmatig wordt toegepast, geen aanleiding van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dat de kosten van de MRI-scan wel zijn vergoed is in dit verband niet relevant.

- 7.7. Uit het definitief advies van het Zorginstituut van 7 mei 2025 volgt verder dat het Zorginstituut op 24 januari 2025 een literatuursearch heeft verricht in Embase, Pubmed en Cochrane Central. Dit om na te gaan of er wetenschappelijke studies beschikbaar zijn over de vraag naar de werkzaamheid en effectiviteit van prolotherapie bij de indicatie van verzoeker (SAPS). De uitgevoerde literatuursearch leverde drie resultaten op: één update en twee onderzoeken naar knie osteoarthritis. Er werd geen literatuur gevonden over de behandeling van SAPS. Op basis van het ontbreken van literatuur in de medische databanken en richtlijnen over prolotherapie bij schouderklachten, kan geconcludeerd worden dat prolotherapie bij de indicatie van verzoeker (SAPS) niet effectief is en op dit moment niet voldoet aan de ‘stand van wetenschap en praktijk’. Ook in dit verband geldt dat de verwijzing, door verzoeker, naar de uitvoeringspraktijk in Iran en het vergoeden van de kosten van de MRI-scan voor de commissie geen redenen vormen om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. Op grond van artikel D.14. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van spoedzorg in het buitenland. Spoedeisende zorg wordt gedefinieerd als medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkomst in Nederland. Los van de vraag of hiervan bij verzoeker sprake was geldt tevens als eis dat de verzekerde contact moet hebben gezocht met de hulpdienst. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker contact heeft opgenomen met de hulpdienst zodat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 juni 2025,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U heeft recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekt deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
 - De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
 - De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
 - In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt. Voorbeeld:

Als u een indicatie heeft voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U heeft dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verze-

sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek (zie artikel B.11.) in combinatie met het zorgprogramma GLI.

- Als het zorgprogramma begint als u bij ons verzekerd bent, bestaat de aanspraak op de zorg of de vergoeding ervan voor het gehele programma, ook als u tijdens het programma overstapt naar een andere zorgverzekeraar. U kunt het zorgprogramma dat u op onze kosten bent begonnen, dan voortzetten op de kosten van de volgende zorgverzekeraar.

Voorwaarden

Algemeen

- Een verzekerde van 16 of 17 jaar heeft aanspraak op de zorg als de huisarts de zorg ook voor deze betreffende verzekerde passend acht.
- U kunt pas deelnemen aan de onderhoudsfase als u de behandelfase volledig heeft doorlopen.
- U heeft ten minste een matig verhoogd gewicht gerelateerd risico (GGR), mede bepaald door de Body Mass Index (BMI). U heeft een indicatie voor de zorg als u:
 - een BMI heeft vanaf 30 kg/m²; of
 - een BMI heeft vanaf 25 kg/m² en een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en DM type II gebaseerd op de zorgstandaarden CVMR, Obesitas, en Diabetes; of
 - een BMI heeft vanaf 25 kg/m² en bij u artrose of slaapapneu is vastgesteld.
- De zorg wordt gegeven in de vorm van een door ons erkend zorgprogramma; u kunt deze op onze website vinden.

Zorgverlener

Een zorgverlener die als leefstijlcoach is opgenomen in:

- het register van de Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN);
 - het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF);
 - de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF); of
 - het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)
- verleent in afstemming met en terugkoppeling aan de verwijzende zorgverlener de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de GLI verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Is alleen nodig als u al eerder gebruik heeft gemaakt van deze zorg en u een volgende keer van een zorgprogramma gebruik wilt maken.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van

het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4. Medisch specialistische zorg

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U bent verzekerd voor:

- geneeskundige zorg;
- preventieve zorg;
- geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (zie artikel B.19.);
- mondzorg door een kaakchirurg. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.12., B.13. en B.14.

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij in dit artikel verschil tussen:

- Medisch specialistische zorg met opname (zie artikel B.4.2.);
- Medisch specialistische zorg zonder opname (niet-klinisch) (zie artikel B.4.3.);
- Plastische chirurgie (zie artikel B.4.5.);
- Medische revalidatie en geriatrische revalidatie (zie artikel B.4.6.);
- Orgaantransplantatie (zie artikel B.4.7.);
- Dialyse zonder opname (zie artikel B.4.8.);
- Mechanische beademing (zie artikel B.4.9.);
- Onderzoek naar kanker bij kinderen (zie artikel B.4.10.);
- Trombosedienst (zie artikel B.4.11.);
- Erfelijkheidsonderzoek en -advisering (zie artikel B.4.12.);
- Audiologische zorg (zie artikel B.4.13.);
- Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen (zie artikel B.4.14.);
- Second opinion (zie artikel B.4.15.);
- Echoscopie (zie artikel B.5.2.);
- Prenatale screening (zie artikel B.5.3.);
- Voorwaardelijke zorg (zie artikel B.22).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.:
 - liposuctie van de buik;
 - het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd of als er geen sprake is van

agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);

- o het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- o behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- o sterilisatiebehandelingen;
- o behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
- o een medisch niet noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
- o correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
- o parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- o behandeling met een redressiehelm ingeval van plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.

Let op!

De volgende uitgesloten zorg kan wel verzekerd zijn in een aanvullende verzekering. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dit zo is. Het gaat hierbij om:

- Sterilisatie;
- Ongedaan maken van sterilisatie;
- Correctie van de oorstand;
- Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren);
- Cosmetische behandelingen;
- Behandeling tegen snurken;
- Vervanging van borstprothese;
- Behandeling met een redressiehelm.

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 1.095 (3 x 365) dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel

A.21.

- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch-chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.
- Het is mogelijk dat u in het buitenland opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer verschillende (verpleeg)klassen kent. Dan geldt het verpleegtariaf bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

Voorwaarden

Algemeen

- De opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg (waaronder medisch specialistische zorg).
- Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - o wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
 - o wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen;
 - o wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

- Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten bent u voor aanvang van de behandeling door een tandarts verwezen.
- Als het gaat om zorg die verband houdt met zwangerschap en/of een bevalling mag u voor aanvang van de behandeling ook door een verloskundige zijn verwezen.

- Als het gaat om oogaandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltespleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de medicijnen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/ zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

Toegang tot deze zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Overige zorg wordt wel verrekend met het eigen risico.

- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Algemeen

Bij zorg via de app Skinvision moet:

- het account van de app aan uw relatienummer zijn gekoppeld.
- u 18 jaar of ouder zijn.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts, bedrijfsarts, GGD-arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Als het gaat om een gehoorandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een triage-audicien verwezen worden naar een KNO-arts.
- Als het gaat om een oogaandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist of orthoptist verwezen worden naar een oogarts.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltespleet) mag u ook door een schisisteam verwezen worden.
- voor zorg via de app Skinvision is geen verwijzing nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.4. Vervallen

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.