

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht  
Zaak : EU/EER, Duitsland, operatieve verwijdering cyste, wortelblokkade, stepped care, indicatie, doelmatigheid  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004  
Zaaknummer : 202102275  
Zittingsdatum : 7 september 2022

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 8 februari 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 10 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 28 april 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 mei 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 8 juni 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022018062) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 7 september 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Bij brief van 13 september 2022 heeft de zorgverzekeraar een overzicht gegeven van de kosten die ten laste van het eigen risico 2021 zijn gebracht. Deze brief is op 19 september 2022 aan verzoeker gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Bij e-mailbericht van 21 september 2022 heeft verzoeker op het nagekomen stuk van de zorgverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 23 september 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 8 juni 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 12 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is bij brief van 13 oktober 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 20 oktober 2022 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gestuurd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij verzoeker was sinds medio 2021 sprake van pijnklachten van het linkerbeen, veroorzaakt door een kanaalstenose als gevolg van degeneratie en een synoviale cyste vanuit het linker facetgewricht L5/S1. Op zijn verzoek om toestemming voor een operatieve behandeling in de Media Kliniek te Keulen, Duitsland, werd door de zorgverzekeraar bij brief van 5 november 2021 afwijzend beslist. Verzoeker is hiertegen mondeling opgekomen, waarna de zorgverzekeraar bij brief van 11 november 2021 reageerde met een herhaalde afwijzing.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar hierop om heroverweging van diens beslissing gevraagd. Bij brief van 30 november 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 8 juni 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

*"(...) De vraag die in dit geschil centraal staat is of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op een rugoperatie. Bij de beoordeling hiervan wordt uitgegaan van de eerder genoemde richtlijn.*

*Voordelen van een pijnblokkade behandeling (met epidurale steroidinecties) bij lumbale hernia zijn dat er in de acute fase (binnen drie maanden) mogelijk een beperkt gunstig effect is op pijn en functioneren. Meer dan de helft van de patiënten geneest met een conservatieve behandeling. Indien de pijn niet afneemt na 10 tot 12 weken kan chirurgisch ingrijpen overwogen worden. Een chirurgische behandeling van het lumbaal radiculair syndroom (op basis van een hernia) kan uitgevoerd worden wanneer de patiënt dit weloverwogen wenst in samenspraak met de behandelend arts, afwegende de premorbide status en de mogelijke complicaties. De resultaten van chirurgische en conservatieve behandeling (bij een klachtenduur van ca 10 tot 12 weken) zijn na één jaar vergelijkbaar. Daarentegen wordt ongeveer 40% van de patiënten die voor een conservatieve behandeling hebben gekozen alsnog geopereerd omdat klachten onvoldoende verbeterden. In de genoemde richtlijn is niet beschreven dat in de periode voorafgaande aan worteldecompressie een epidurale steroidinectie een verplichte te overwegen conservatieve interventie is.*

*Weliswaar is het, gezien de beschreven richtlijnen, twijfelachtig of een operatie (op langere termijn) tot grotere verbetering leidt dan conservatieve behandeling (met epidurale corticosteroïden), mede gezien de degeneratieve aspecten. Wel mag chirurgische behandeling na drie maanden worden uitgevoerd als klachten niet verbeteren met conservatieve therapie.*

*Verzoeker heeft op [het] moment van de aanvraag op 1 november 2021 langer dan drie maanden ernstige radiculare prikkeling laag lumbaal. Conservatieve behandeling door medicatie via de huisarts en fysiotherapie heeft in de voorafgaande periode geen effect. Gezien de duur van de klachten (langer dan 3 maanden) kan de zorgverlener samen met de patiënt kiezen voor operatie, na afweging van de voor- en nadelen. Een behandeling met epidurale corticosteroïden hoeft niet altijd onderdeel uit te maken van het conservatieve behandeltraject.*

#### Conclusie

*Chirurgische behandeling bij de indicatie van verzoeker voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier en de geldende richtlijn concludeert het Zorginstituut dat verzoeker ten tijde van de aanvraag redelijkerwijs was aangewezen op de operatie aan zijn rug. (...)"*

- 3.5. De zorgverzekeraar heeft, in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut, bij brief van 25 augustus 2022 verklaard, voor zover hier van belang:

"(...) Zilveren Kruis wenst graag van de gelegenheid gebruik te maken om te reageren op het voorlopige advies van het Zorginstituut Nederland van 8 juni 2022. De medisch adviseurs van Zilveren Kruis kunnen zich medisch inhoudelijk niet vinden in dit advies. Het bezwaar betreft de volgende punten:

1. Het Zorginstituut maakt zich er in de visie van de medisch adviseurs te makkelijk vanaf door twee verschillende diagnoses, namelijk een synoviaal cyste en een HNP gelijk te trekken. Dit is wat de medisch adviseurs betreft te kort door de bocht en medisch onjuist. Beide kunnen inderdaad wortelprikkeling (radiculaire klachten) veroorzaken, echter de etiologie en anatomie is echt verschillend. Tevens is het beloop van beide aandoeningen niet zo maar gelijk te trekken. Voor de HNP is het natuurlijk beloop goed bekend en gedocumenteerd, ook is er uitgebreid onderzoek gedaan naar de conservatieve en operatieve behandeling van de HNP. Wat betreft de synoviaal cyste is er veel minder en minder eenduidige literatuur te vinden. Het is onvoldoende bekend wat het natuurlijk beloop is en wat de verschillen tussen conservatieve en operatieve therapie zijn. Ook is niet bekend welke operatietechniek toegepast zou moeten worden als operatief ingrijpen noodzakelijk wordt geacht. Mede hierdoor vinden de medisch adviseurs de conclusie van Zorginstituut dat operatieve behandeling van lumbale facet synoviale cyste voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk niet terecht. Voor de nadere uitleg over de verschillen wordt graag verwezen naar de volgende website: <https://spine-endoscopy.net/rug-cyste-facet-cyste>

2. Door de behandeling van radiculair klachten bij een synoviaal cyste gelijk te trekken met een HNP verwijst het Zorginstituut naar de Richtlijn Lumbosacraal radiculair syndroom uit 2020. Het Zorginstituut stelt vervolgens: "Voordelen van een pijnblokkade behandeling (met epidurale steroïdinjecties) bij lumbale hernia zijn dat er in de acute fase (binnen drie maanden) mogelijk een beperkt gunstig effect is op pijn en functioneren." Graag wijzen de medisch adviseurs van Zilveren Kruis erop dat er inmiddels nieuw bewijs is uit een gerandomiseerde studie uit 2021 (link: [https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913\(21\)00036-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913(21)00036-9/fulltext)). Deze studie, die niet is meegenomen tijdens het opstellen van de richtlijn, plaatst de voordelen van epidurale injecties boven die van een operatie (microdissectomie). De conclusie uit deze studie is dat bij patiënten met een HNP met radiculair klachten binnen 12 maanden eerst een epidurale injectie zou moeten plaatsvinden. De epidurale injectie is even effectief, minder invasief en bovendien goedkoper dan operatief ingrijpen. In het kader van stepped-care zou dus altijd eerst een epidurale injectie moeten plaatsvinden bij radiculair klachten door een HNP. Het bevreemdt de medisch adviseurs van Zilveren Kruis dat het Zorginstituut de aanbevelingen van de beroepsgroep uit de richtlijn hanteert in haar advies en geen oog heeft voor de meest recente en meest zwaarwegende literatuur. Dit is niet conform de door het Zorginstituut zelf beschreven methodiek van het bepalen van stand van wetenschap en praktijk uit 2015. De medisch adviseurs verwijzen in dit verband ook naar het naar het Bosentan arrest, waaruit afgeleid mag worden dat de recente literatuur bij beoordeling van een vraagstuk op het gebied van stand van wetenschap en praktijk moet worden meegenomen. De medisch adviseurs van Zilveren Kruis blijven bij het standpunt dat er geen bewijs is dat operatieve behandeling van een synoviaal cyste effectiever is dan een epidurale injectie. Vanwege de lagere kosten van epidurale injecties en de minder invasieve aard is die behandeling voorliggend. Chirurgie komt daarbij pas in beeld als epidurale injectie onvoldoende langdurend effect heeft. (...)"

- 3.6. In het definitief advies van 12 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

" (...) Verweerder geeft aan dat het Zorginstituut twee verschillende diagnoses gelijk trekt in het voorlopig advies, namelijk hernia nucleus pulposi (HNP) en synoviaal cyste. In het voorlopig advies is echter niet aangegeven dat diagnose, etiologie en anatomie van de synoviaal cyste dezelfde zijn als van HNP. Het is het Zorginstituut bekend dat bij de synoviaal cyste compressie van de zenuw vanuit de wervelboog (dorsaal) plaats vindt, en bij de HNP vanuit de tussenwervelschijf (ventraal). Wel zijn de radiculair klachten die hierdoor ontstaan en ook de wijze van decompressie (injectie of operatief) en de effecten daarvan vergelijkbaar.

Zoals in het voorlopig advies is aangegeven kan door de relatieve zeldzaamheid van andere oorzaken van lumbaal of lumbosacraal radiculair syndroom niet verwacht worden dat specifiek daarop gericht (gerandomiseerd) onderzoek wordt uitgevoerd. Dat is de reden dat het Zorginstituut dezelfde behandelingscriteria van de synoviaal cyste aanhoudt als voor de HNP. Op basis hiervan komt het Zorginstituut tot de conclusie dat chirurgische behandeling van een lumbosacraal radiculair syndroom, waarbij het compressie veroorzakende weefsel wordt verwijderd, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Verweerder voert verder aan dat het Zorginstituut een recente studie niet heeft meegenomen bij de beoordeling. In de betreffende studie werd het effect van een steroïdinjectie ten opzichte van chirurgie onderzocht in een groep van 80 resp. 83 patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom (aanwezig van 6 weken tot 12 maanden) in het kader van een HNP. Na 18 weken was er in de primaire studie uitkomst (Oswestry Disability Questionnaire, schaal van 0 tot 100)) een verbetering van 24.52 punten in de injectiegroep en 26.74 punten in de chirurgiegroep ( $p=0.22$ , met een geschat behandelingsverschil van -4.25 (95% CI -11.09 tot 2.59). Daarnaast waren er minder complicaties in de injectiegroep en minder kosten. Geconcludeerd werd dat behandelend artsen de steroïdinjectie als eerste behandelingsoptie zouden kunnen overwegen. Chirurgie is dan voorbehouden voor de groep die geen baat heeft bij de injectie (stepped care). Het Zorginstituut merkt op deze studie betrekking heeft op patiënten met HNP, terwijl verweerder ook aangeeft dat HNP en synoviaal cyste niet gelijk getrokken kunnen worden.

De resultaten van deze studie sluiten grotendeels aan bij kennis uit eerdere studies waarop de richtlijn uit 2020, genoemd in het voorlopig advies, is gebaseerd. Allereerst toont de studie als eerste studie direct (op een 1 op 1 allocatiebasis) aan dat steroïdinjectie op de middellange termijn een even goed resultaat geeft als operatie, waarna een deel van de patiënten wel alsnog geopereerd moet worden. Daarnaast leidt injectie zoals verwacht tot minder complicaties en kosten dan operatie. Het advies vanuit de studie is dat de steroïdinjectie bij patiënten met lumboradiculaire klachten bij een HNP tot 12 maanden 'als eerste invasieve behandelingsoptie beschouwd zou moeten worden'.

Voordat een steroïdinjectie obligaat wordt als eerste invasieve behandeling van een lumboradiculair syndroom door HNP of synoviaalcyste, zouden de resultaten van de studie wel geduid moeten worden met gebruikmaking van de GRADEsystematiek, om te bepalen hoe groot het vertrouwen in de gevonden cruciale uitkomst(en) is. Daarnaast laat een recente meta-analyse en review zien dat 'er momenteel onvoldoende bewijs is om klinisch relevante effecten van epidurale steroïdinjectie te ondersteunen in vergelijking tot óf injectie met een zoutoplossing óf non-invasieve gebruikelijke zorg bij patiënten met een lumbosacraal syndroom op enig moment gedurende de follow-up.' Deze resultaten stellen de steroïdinjectie überhaupt ter discussie. Tot die tijd kan de zorgverlener, na afweging van de voor- en nadelen van beide behandelingsopties, samen met de patiënt direct kiezen voor operatie.

In dat kader is het te billijken dat, gezien de duur van de klachten (langer dan 3 maanden) en het falen van conservatieve niet-invasieve behandeling, de zorgverlener samen met verzoeker direct koos voor operatie. Hetgeen verweerder aanvoert leidt niet tot een andere conclusie van het voorlopig advies. (...)"

- 3.7. Bij brief van 20 oktober 2022 heeft de zorgverzekeraar in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...) Zilveren Kruis wenst graag van de gelegenheid gebruik te maken om te reageren op het definitief advies van het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) van 12 oktober 2022. Zilveren Kruis kan zich medisch inhoudelijk niet vinden in dit advies. Het bezwaar betreft de volgende punten:

1. Volgens het Zorginstituut zouden de resultaten van de door ons aangedragen studie volgens de GRADE methode geanalyseerd moeten worden samen met de literatuur waarop de richtlijn is gebaseerd. Daar is Zilveren Kruis het helemaal mee eens. Het bevreedt Zilveren Kruis dat het Zorginstituut deze methode in haar advies niet toepast en de nieuwste studie ter zijde schuift.

2. Zilveren Kruis is het met het Zorginstituut eens dat een operatieve behandeling bij radiculaire klachten door een HNP tot de stand van wetenschap en praktijk behoort. Over de conclusie dat dit ook geldt voor radiculaire klachten bij een synoviale cyste ondanks gebrek aan bewijs kan Zilveren Kruis niet meegaan. De vraag is echter of een epidurale injectie tot de stand van de wetenschap en praktijk behoort bij een synoviale cyste. Deze vraag beantwoordt het Zorginstituut niet. De conclusie van Zilveren Kruis is dat deze behandeling wel tot de stand van wetenschap en praktijk behoort, het is immers een reguliere behandeling bij wortelprikkeling van welke aard dan ook.

3. Als een epidurale injectie tot de stand van wetenschap en praktijk behoort dan dient de vraag gesteld te worden hoe deze behandeling zich verhoudt tot een operatieve behandeling. Voorde synoviale cyste is er, eveneens in acht nemend dat bij gebrek aan bewijs deze op zichzelf niet tot de stand van wetenschap gerekend kan worden, onvoldoende bewijs om hier een uitspraak over te doen. Er kan dus niet geconcludeerd worden dat de ene behandeling beter is dan de andere.

4. Van belang is dat de medische indicatie wezenlijk anders is dan de verzekeringsrechtelijke toets of de verzekerde aanspraak heeft op de door de arts geïndiceerde zorg. Het stellen van de (medischinhoudelijke) diagnose en indicatie tot behandeling is de verantwoordelijkheid van de arts. De zorgverzekeraar heeft vervolgens het recht te controleren of is voldaan aan het verzekeringsrechtelijke indicatievereiste, dus of de door de arts geïndiceerde vorm van zorg (i) gerekend mag worden tot stand van wetenschap en praktijk volgens de door het Zorginstituut bepaalde algoritme, bekrachtigd door de Hoge Raad, (ii) de zorg inderdaad voor de desbetreffende patiënt is aangewezen en (iii) ook niet meer omvat (en dus niet duurder is) dan nodig is.

5. Op grond van bovenstaande is Zilveren Kruis van mening dat zij als zorgverzekeraar mocht toetsten of de prestatie bij de gegeven indicatie tot het verzekerde pakket behoort, verzekerde redelijkerwijs erop is aangewezen en/of de aangevraagde rugoperatie niet meer omvat (en dus niet duurder is of onnodig complex) dan nodig is.

Zilveren Kruis blijft daarom bij het standpunt dat er geen bewijs is dat operatieve behandeling van een synoviale cyste effectiever is dan een epidurale injectie. Vanwege de lagere kosten van epidurale injecties en de minder invasieve aard is die behandeling voorliggend. Chirurgie komt daarbij pas in beeld als epidurale injectie onvoldoende langdurend effect heeft. (...)"

#### 4. **Het geschil**

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

(i) de zorgverzekeraar ten onrechte heeft geoordeeld dat hij niet redelijkerwijs was aangewezen op een operatieve behandeling van de synoviale cyste, en dat de zorgverzekeraar hem hiervoor excuses moet maken;

(ii) de zorgverzekeraar de door hem betaalde premie over 2021 ten bedrage van € 1.579,48 moet terugbetalen;

(iii) de operatie in 2022 alsnog is uitgevoerd en daarmee ten laste is gekomen van het eigen risico in 2022 zodat de kosten van pijnbestrijding in 2021 onnodig zijn gemaakt en de zorgverzekeraar het hiermee verrekende eigen risico 2021 ten bedrage van € 385,- aan hem dient te vergoeden.

#### 5. **Bevoegdheid van de commissie**

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

#### 6. **Beoordeling**

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg alsmede die uit Vo. nr. 883/2004 over planbare zorg in een andere lidstaat 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.

### *Standpunt verzoeker*

- 6.2. Verzoeker stelt dat het beginsel van 'stepped care' in zijn geval wel degelijk is gevolgd. Hierbij is door hem echter een streep getrokken toen het ging om de wortelblokkade. Verzoeker wijst er in dit verband op dat wetenschappelijk aantoonbaar is dat de cyste door deze behandeling niet verdwijnt. Zoals ook blijkt uit de door de zorgverzekeraar overgelegde publicaties is spontane remissie een zeldzaamheid. Gezien zijn leeftijd heeft verzoeker ook niet de gelegenheid eerst een wortelblokkade te ondergaan. Zijns inziens wordt hiermee het probleem alleen maar vooruit geschoven. Daarbij zijn door de zorgverzekeraar geen duur of vervolgstappen aangegeven en is geen rekening gehouden met de sociale en geestelijke aspecten. Verder zijn aan deze behandeling risico's verbonden, zoals mogelijke verlamningsverschijnselen, blijvende zenuwbeschadiging en het caudasyndroom, waaraan door de zorgverzekeraar voorbij wordt gegaan.
- 6.3. Vanwege de situatie in de ziekenhuizen in Limburg op dat moment heeft verzoeker aanvankelijk verklaard niet negatief te staan tegenover een verwijzing naar een pijnspecialist voor een wortelblokkade. In die zin heeft de zorgverzekeraar een punt. Uiteindelijk wenste hij toch te kiezen voor een operatie in de kliniek te Keulen, waarop hij door kennissen opmerksaam werd gemaakt. Deze Media Kliniek beschikt volgens verzoeker over de noodzakelijke ervaring, aangezien hier 1.200 operaties per jaar worden uitgevoerd. Andere verzekeraars, zoals VGZ en DSW, hebben de kliniek gecontracteerd en zij vergoeden de behandeling wel. De behandelend arts houdt praktijk in Den Haag en Echt, en volgt de richtlijnen van de Nederlandse beroepsgroep.
- 6.4. Verzoeker merkt op dat hij heeft gekozen voor een restitutieverzekering, zodat hij, eventueel met bijbetaling, zou moeten kunnen kiezen voor behandeling in Keulen. Aan de overige eisen is voldaan. Zo beschikt hij over een verwijzing door de huisarts en een medisch specialist. Ter onderbouwing is door verzoeker een publicatie aangeleverd (J Neurosurg. Spine Volume 34, May 2021). Hoewel dit stuk niet direct betrekking heeft op een cyste, wordt de problematiek van de beknelde zenuw hierin duidelijk uiteengezet.
- 6.5. Met ingang van 1 januari 2022 is verzoeker elders verzekerd tegen ziektekosten. Zijn nieuwe verzekeraar heeft wel toestemming verleend voor de behandeling te Keulen, en deze is inmiddels uitgevoerd. Volgens verzoeker heeft de zorgverzekeraar de doelmatigheid onjuist beoordeeld, waaraan hij toevoegt dat het aanmatigend is om vanachter een bureau de bevindingen van de behandelend artsen in twijfel te trekken. Excuses zijn daarom op hun plaats. Omdat de gevraagde toestemming voor de operatie te Keulen hem werd geweigerd, heeft verzoeker in november 2021 nog een pijnstillende injectie gehad. Dit was onnodig, en daarom vond ten onrechte verrekening van de kosten met het eigen risico 2021 plaats.
- 6.6. Ter zitting heeft verzoeker aanvullend toegelicht dat hij verschillende pijnstillende injecties heeft gehad, die niet bleken te werken. Deze zijn ten laste gebracht van het verplicht eigen risico. Hij heeft dit overigens al eerder naar voren gebracht, en dit zou bij de zorgverzekeraar bekend moeten zijn. De operatieve ingreep heeft hem wèl van de klachten afgeholpen. Dit blijkt ook uit een studie onder 6.000 personen.

### *Standpunt zorgverzekeraar*

- 6.7. De zorgverzekeraar is ten eerste van mening dat verzoeker geen procesbelang meer heeft, aangezien zijn huidige verzekeraar de kosten van de ingreep heeft vergoed. De desbetreffende kosten kunnen niet worden verhaald op de zorgverzekeraar, aangezien deze zijn gemaakt in een jaar waarin verzoeker niet bij de zorgverzekeraar was verzekerd.
- 6.8. Voor zover er wel een procesbelang aanwezig zou zijn, stelt de zorgverzekeraar dat bij verzoeker sprake was van een synoviale cyste. Uit de wetenschappelijke literatuur wordt niet duidelijk wat hiervoor de beste behandelmethodede is. Spontane remissie komt voor. Mede daarom zou



toepassing moeten worden gegeven aan het beginsel van 'stepped care'. In dat kader is een wortelblokkade voorliggend. Deze behandeling is ook door de pijnspecialist voorgesteld. Volgens de zorgverzekeraar was verzoeker daarom niet redelijkerwijs aangewezen op de operatieve behandeling te Keulen.

De zorgverzekeraar licht verder toe dat doelmatigheid tot zijn verantwoordelijkheid behoort. Hierbij kunnen de kosten in overweging worden genomen. De zorg mag niet onnodig duur zijn. Nu er geen wetenschappelijk bewijs is dat opereren beter is dan conservatief behandelen door middel van een wortelblokkade, moet worden geconcludeerd dat de gevraagde - duurdere - operatie niet doelmatig is.

- 6.9. De zorgverzekeraar verwijst in dit verband naar artikel A.2.4. van de voorwaarden van de zorgverzekering, de Nederlandse richtlijnen, en door hem overgelegde publicaties, onder andere in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (2010, 154, A1673). Hij merkt op dat de door verzoeker aangeleverde publicatie betrekking heeft op een HNP, en niet op een cyste. Volgens de zorgverzekeraar is telefonisch geen toestemming verleend, maar is alleen algemene informatie verstrekt, waarbij verzoeker is geadviseerd vooraf een aanvraag te doen. Voor een onverplichte vergoeding ziet de zorgverzekeraar geen aanleiding. Hij kiest er namelijk voor zijn verzekerden gelijk te behandelen, en past de verzekeringsvoorwaarden om die reden strikt toe.
- 6.10. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar benadrukt het niet eens te zijn met het advies van het Zorginstituut. Volgens hem is niet voldaan aan de voorwaarden van stepped care, nu niet is gebleken dat de epidurale injecties voldoende zijn geprobeerd en dat deze niet werkten.

#### *Overwegingen commissie*

- 6.11. Ter beoordeling ligt voor of de zorgverzekeraar de aanvraag in november 2021 terecht heeft afgewezen zodat verzoeker ten onrechte is geconfronteerd met het eigen risico 2022. Als de aanvraag op dat moment was gehonoreerd, had de zorgverzekeraar in 2021 toepassing moeten geven aan Vo. nr. 883/2004 of had hij de ingreep moeten vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Voorts heeft verzoeker verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar de door verzoeker betaalde premie over 2021 aan hem moet terugbetalen en de met het eigen risico 2021 verrekende kosten van pijnbestrijding aan hem dient te vergoeden. De commissie is daarom, anders dan de zorgverzekeraar heeft betoogd, van oordeel dat verzoeker wel degelijk een procesbelang heeft, en overweegt als volgt.
- 6.12. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Duitsland - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de verzekeraar. De verzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar tijdig om toestemming gevraagd. Hierop is een afwijzing gevolgd.
- 6.13. Verzoeker heeft in Duitsland een neurochirurgische verwijdering van een cyste op niveau L5/ S1 ondergaan. Het staat vast dat deze ingreep zorg is zoals neurochirurgen die plegen te bieden. Verder is niet in geschil dat de uitgevoerde ingreep veilig en effectief is en daarom voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Aldus is sprake van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, zoals ook blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 8 juni 2022. Gelet op het door de zorgverzekeraar ingenomen standpunt is de eerste vraag die ter beantwoording voorligt of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de behandeling.
- 6.14. Het Zorginstituut heeft de door partijen overgelegde stukken bestudeerd en adviseert de commissie tot toewijzing van het verzoek. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier en de geldende richtlijn concludeert het Zorginstituut dat verzoeker ten tijde van de aanvraag redelijkerwijs was aangewezen op de operatie aan zijn rug. Het Zorginstituut overweegt in dat kader dat verzoeker op het moment van de aanvraag langer dan drie maanden ernstige



radiculaire prikkeling laag lumbaal had. Conservatieve behandeling, door medicatie via de huisarts en fysiotherapie, had in de voorafgaande periode geen effect. Gezien de duur van de klachten (langer dan drie maanden) kan de zorgverlener samen met de patiënt kiezen voor operatie, na afweging van de voor- en nadelen. Een behandeling met epidurale corticosteroiden hoeft niet altijd deel uit te maken van het conservatieve behandeltraject, aldus het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft gemotiveerd waarom hij deze mening is toegedaan. De commissie ziet in de reactie hierop door de zorgverzekeraar geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken, en maakt de conclusie hiervan daarom tot de hare.

- 6.15. Voor zover de zorgverzekeraar zich erop beroept dat een operatieve ingreep niet doelmatig zou zijn, omdat ook conservatief kan worden behandeld, en deze laatste behandeling goedkoper is, merkt de commissie het volgende op. Gelet op het eerder genoemde advies van het Zorginstituut kon verzoeker, na ommekomst van de termijn van drie maanden, in overleg met de behandelend arts de keuze maken voor een operatie, een en ander conform de geldende richtlijnen en na afweging van de voor- en nadelen. Artikel 14 Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar een aanvraag enkel op basis van zorginhoudelijke criteria mag beoordelen. Het kostenaspect mag hierbij, gelet op de Memorie van Toelichting, niet uitsluitend als reden van afwijzen gelden. Het argument van de zorgverzekeraar dat conservatieve behandeling goedkoper is dan operatief ingrijpen treft om die reden geen doel en het beroep op de doelmatigheid kan daarom niet leiden tot een ander oordeel.
- 6.16. Verzoeker heeft in het kader van Vo. nr. 883/2004 tijdig om toestemming gevraagd. De zorgverzekeraar had hierop afwijzend kunnen beslissen door te stellen dat de operatie ook in Nederland - of daarbuiten bij een gecontracteerde zorgaanbieder - tijdig beschikbaar was. Dit heeft hij echter niet gedaan, maar hij heeft zich op het standpunt gesteld dat verzoeker niet redelijkerwijs op de behandeling was aangewezen en dat deze niet doelmatig was. Beide afwijsgonden kunnen evenwel geen stand houden, zoals blijkt uit hetgeen hiervoor is overwogen. Omdat verzoeker inmiddels elders is verzekerd, kan de zorgverzekeraar thans geen S2- formulier meer afgeven om zijn afwijzing op onjuiste gronden te corrigeren. Ook een vergoeding op basis van de zorgverzekering is niet meer aan de orde, omdat de huidige verzekeraar van verzoeker de behandeling in Keulen blijkbaar heeft betaald. De commissie kan de zorgverzekeraar niet verplichten tot het maken van excuses maar dit alles neemt niet weg dat de commissie meent dat onder de gegeven omstandigheden excuses van de zorgverzekeraar aan verzoeker op zijn plaats zijn. Verder ligt het op de weg van de zorgverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
- 6.17. Verzoeker vordert een bedrag van € 385,- van de zorgverzekeraar in verband met kosten die ten laste zijn gekomen van het verplicht eigen risico 2021. Volgens verzoeker had hij deze kosten niet hoeven maken als de zorgverzekeraar hem tijdig toestemming had verleend voor de operatieve ingreep. De commissie merkt hierover op dat de kosten van de pijninjectionen daadwerkelijk zijn gemaakt en dat deze niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico. Bovendien staat geenszins vast dat de operatieve ingreep nog in het jaar 2021 had kunnen worden uitgevoerd en dat verzoeker de kosten van pijninjectionen dus niet zou hebben gemaakt als de toestemming hem wel tijdig was gegeven, zoals hij heeft gesteld. Als de operatieve ingreep nog wel in 2021 had kunnen worden uitgevoerd waren de kosten daarvoor overigens ook ten laste van het verplicht eigen risico van dat jaar gekomen. Voorts is niet komen vast te staan dat verzoeker in 2022 geen (andere) zorgkosten heeft gemaakt of nog zal maken die ten laste van het eigen risico komen en dat hem daarom vergoeding door de zorgverzekeraar van het eigen risico over 2022 zou toekomen. Tot slot bestaat geen grond voor terugbetaling door de zorgverzekeraar van de verzekeringspremies die verzoeker in 2021 heeft betaald. De commissie wijst deze onderdelen van het verzoek daarom af.
- 6.18. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

**7. Bindend advies****7.1. De commissie beslist dat:**

- (i) de zorgverzekeraar de aanvraag voor de operatieve behandeling te Keulen ten onrechte heeft afgewezen;
- (ii) verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de pijninjecties die ten laste zijn gekomen van het verplicht eigen risico 2021 of op vergoeding van het eigen risico 2022 ten bedrage van € 385,-;
- (iii) verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de betaalde premie over 2021;
- (iv) en de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 8 november 2022,

A.I.M. van Mierlo

# BIJLAGEN

## 1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving  
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

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

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

### Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

#### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

### Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf

1. Start uw verblijf bij een zorgverlener voor eerstelijns verblijf op of na 1 januari 2021? Dan moet u vooraf toestemming aanvragen wanneer u gebruik wilt maken van een verblijf bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf.
2. Voor het aanvragen van toestemming moet u gebruik maken van het formulier "Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders" dat u kunt vinden op onze website.
3. Bij de aanvraag voor de toestemming moet u de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. In deze verwijzing moet de zorgvraag en relevante co-morbiditeit vermeld worden. Uit de onderbouwing moet blijken of om het ELV-laag, - hoog of - palliatief gaat. Tevens moet in de verwijzing worden onderbouwd dat u naar verwachting na de opname weer terug naar de thuissituatie kunt. Dit laatste geldt niet bij palliatief terminale zorg. Als wij uw aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
4. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

### Verblijft u op 31 december 2020 bij een zorgverlener voor eerstelijns verblijf welke niet door ons wordt gecontracteerd in 2021?

Als u op 31 december 2020 al verblijft bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf dan kunt u dit verblijf afronden, zonder daarvoor toestemming aan te vragen. Mocht u na dit verblijf opnieuw verblijven bij dit of een andere niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf, dan moet u wel vooraf toestemming aanvragen.

### B.30 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a. een ziekenhuis;
- b. een zelfstandig behandelcentrum of
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via [www.agbcode.nl](http://www.agbcode.nl).

#### De zorg bestaat uit:

- a. medisch-specialistische zorg;
- b. uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

### Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH-arts, arts-assistent, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg of een andere medisch specialist.
2. Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
3. Naar een longarts mag u ook zijn doorverwezen door een GGD-arts als het gaat om een verdenking van TBC.
4. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
5. Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
6. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

### Let op!

In de volgende artikelen van [B. Verzekerde zorg basisverzekeringen](#) zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

#### Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel [B.8](#) Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie
- Artikel [B.13](#) Audiologisch centrum
- Artikel [B.17](#) Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder
- Artikel [B.21](#) Erfelijksonderzoek en - advisering
- Artikel [B.22](#) Mechanische beademing
- Artikel [B.23](#) Thuisdialyse
- Artikel [B.24](#) Transplantatie van organen en weefsels
- Artikel [B.25](#) Plastische chirurgie
- Artikel [B.26](#) Revalidatie
- Artikel [B.31](#) Bevinging en verloskundige zorg
- Artikel [B.32](#) In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie
- Artikel [B.34](#) Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel [B.41](#) Trombosedienst

#### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b. behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c. behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d. behandelingen met sterilisatie als doel;
- e. behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f. behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel [B.16](#) en [B.17](#) over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

#### Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandigbehandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- c. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

##### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

#### Selectieve contractering Basis Budget

##### Let op!

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.



---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

## Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
      - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
      - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
    - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
    - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
  - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
  - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
  - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
  - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.