

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500572

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

EUCARE Insurance PCC Ltd. te Ta'Xbiex, Malta, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 3 april 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 mei 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 19 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 juni 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 16 juli 2025 telefonisch respectievelijk op 22 juli 2025 per brief verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 24 september 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025014527) aan de commissie een advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 25 september 2025 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Natura (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Vip Pakket en Tandartsverzekering 100% max. € 1.750,00 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster kampte al meerdere jaren met hallux valgus aan beide voeten. Via via is zij gewezen op de San Roman kliniek in Alicante, Spanje. Deze kliniek is gespecialiseerd in voetoperaties. Begin 2025 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van een behandeling in verband met hallux valgus in de San Roman Kliniek te vergoeden. Bij brief van 7 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist.

- 2.3. Op 4 februari 2025 heeft verzoekster de behandeling in verband met hallux valgus in de San Roman Kliniek in Alicante laten uitvoeren.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Op 18 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 24 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de op 4 februari 2025 in Alicante uitgevoerde behandeling in verband met hallux valgus te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster voert aan dat zij al jaren kampte met pijnlijke voeten als gevolg van hallux valgus. De pijn aan de linkervoet was nog erger dan die aan de rechtersvoet en nam de laatste jaren in ernst toe. In Nederland wilde verzoekster zich niet laten opereren, omdat zij daar veel slechte verhalen over had gehoord en de hersteltijd lang zou zijn. Om die reden is zij naar de gespecialiseerde kliniek in Alicante gegaan. Na de operatie kon zij direct weer aan het werk. De kosten van de ingreep heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, en tot haar verbazing werden deze niet vergoed. De verbazing was zo groot omdat verzoekster de ingreep samen met een vriendin heeft laten uitvoeren en deze vriendin de kosten van haar zorgverzekeraar wel volledig vergoed heeft gekregen. Er wordt dus met twee maten gemeten.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat een operatieve ingreep voor hallux valgus door middel van de minimaal invasieve techniek niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Dit blijkt uit een advies van het Zorginstituut in een geschil waarover de commissie eerder een bindend advies heeft uitgebracht (GcZ, 6 januari 2021, SKGZ202001241). Voor zover verzoekster stelt dat haar vriendin van een andere zorgverzekeraar wel een vergoeding heeft ontvangen, geldt dat door verzoekster te weinig informatie is overgelegd om hier inhoudelijk verweer op te kunnen voeren.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het advies van 24 september 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Voor de behandeling van hallux valgus bestaan er verschillende operatiemethoden. Uit eerdere geschillen blijkt dat in de San Roman kliniek als hallux valgus operatie een combinatie wordt uitgevoerd van een osteotomie van de proximale falanx (het eerste teenkootje) van de grote teen volgens de Akinprocedure, het wegsnijden van het uitstekende botdeel (bunionectomie) en het vrijmaken van de adductor pees. Uit het dossier is op te maken dat het in dit geschil om dezelfde operatietechniek gaat. Hierbij is het essentieel dat het doel van dit soort operaties in Spanje is om de proximale phalanx te corrigeren in het kader van hallux valgus.

*Eerdere beoordelingen stand wetenschap en praktijk
In 2011 heeft het College voor Zorgverzekeringen (de juridische voorganger van het Zorginstituut) een standpunt uitgebracht over een specifieke behandeling ter correctie van hallux valgus. Het gaat hierbij om een combinatiebehandeling van een proximale falanx osteotomie volgens de Akin-*

procedure met een buniectomie, en behandeling van de weke delen volgens de Silver-procedure, waarbij gebruik wordt gemaakt van de minimaal invasieve operatietechniek.

In het standpunt zijn de operatietechniek (Akin-procedure in combinatie met bunionectomie en behandeling van de weke delen) en de toegangsweg voor operatie (minimaal invasieve chirurgie) apart beoordeeld. Voor zowel behandeling van hallux valgus door middel van de Akin-procedure, de bunionectomie als de minimaal invasieve chirurgie kon niet worden geconcludeerd dat deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarvoor was onvoldoende wetenschappelijk onderbouwing.

De Nederlandse richtlijn Hallux Valgus (2021) bevestigt de conclusie dat behandeling van het eerste teenkootje via de Akin-procedure niet een geschikte techniek is voor behandeling van hallux valgus. Behandeling van hallux valgus door alleen het eerste teenkootje te corrigeren, geeft volgens deze richtlijn geen duidelijke verbetering van de intermetatarsaalhoek. Dit is de hoek tussen de het eerste en het tweede middenvoetsbeentje van de grote teen. Verder is uit deze richtlijn op te maken dat milde tot matige hallux valgus dient te worden behandeld door middel van distale metatarsale osteotomie. Hierbij vindt er een kleine correctie plaats van het middenvoetsbeentje.

Een matig tot ernstige hallux valgus dient te worden behandeld door middel van proximale metatarsale osteotomie. Hierbij vindt er een grotere correctie plaats van het middenvoetsbeentje door middel van een langere snede in het botje. Bij een ernstige hallux valgus is osteotomie van het metatarsale bot (het middenvoetsbeentje) aangewezen.

De Akin-procedure als zelfstandige techniek is volgens de richtlijn bedoeld voor correctie van een hallux valgus interphalangeus (scheefstand tussen het eerste en tweede teenkootje van de grote teen). Eventueel kan de Akin-procedure een aanvulling zijn op een metatarsale osteotomie, hoewel dit de kans niet verkleint dat de hallux valgus terugkeert.

Literatuursearch

Op 2 juli 2025 heeft het Zorginstituut een literatuursearch verricht in Pubmed. Er is gezocht naar gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep (RCT's) of systematic reviews hiervan die antwoord geven op de vraag 'leidt osteotomie van de proximale phalanx (Akin-procedure) tot dezelfde of betere klinische uitkomsten in vergelijking met osteotomie van het metatarsale bot bij hallux valgus?' Sinds publicatie van de FMS richtlijn (2021) zijn er echter geen nieuwe RCT's gepubliceerd die de Akin-procedure hebben onderzocht.

Nu uit de richtlijn en het aanvullend literatuuronderzoek niet blijkt dat de Akin-procedure met minimaal invasieve chirurgie bij hallux valgus bewezen effectief is, moet worden geconcludeerd [dat] dat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Het uitvoeren van de correctie van de proximale phalanx volgens de Akin-procedure met minimaal invasieve chirurgie bij een hallux valgus voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit de geldende richtlijn blijkt dat alleen het corrigeren van het eerste teenkootje onvoldoende verbetering geeft van de intermetatarsaalhoek. Bij een hallux valgus is osteotomie van het metatarsale bot (het middenvoetsbeentje) aangewezen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een operatie aan beide voeten bij een hallux valgus volgens de Akin-procedure met minimaal invasieve chirurgie maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige zorg en de 'stand van de wetenschap en praktijk', alsmede die uit Verordening (EG) nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Spanje - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is.
In het onderhavige geval heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierna aan verzoekster meegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt. Dit omdat de behandeling niet voldoet aan het daarvoor geldende criterium van de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

Zorgverzekering

- 7.3. Verzoekster heeft in Spanje een operatie aan beide voeten ondergaan in verband met een hallux valgus. Uit het advies van het Zorginstituut van 24 september 2025 blijkt dat voor de behandeling van een hallux valgus verschillende operatiemethoden bestaan. Het Zorginstituut heeft uit de door partijen overgelegde stukken opgemaakt dat in de San Roman kliniek een combinatie wordt uitgevoerd van een osteotomie van de proximale falanx (het eerste teenkootje) van de grote teen volgens de Akin-procedure met minimaal invasieve techniek, het wegsnijden van het uitstekende botdeel (bunionectomie) en het vrijmaken van de adductor pees. Aangezien gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster een andere operatietechniek is uitgevoerd, zal de commissie de vraag beantwoorden of een operatie aan beide voeten bij een hallux valgus volgens de Akin-procedure met minimaal invasieve chirurgie voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Hiertoe geldt het volgende.
- 7.4. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie met betrekking tot de vraag of een behandeling voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 (hierna: het rapport) is zo'n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het

inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.

- 7.5. 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.

- 7.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd en het advies van 24 september 2025 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut zet daarin uiteen dat zijn juridische voorganger in 2011 een standpunt heeft uitgebracht over een specifieke behandeling ter correctie van hallux valgus. Het gaat hierbij om een combinatiebehandeling van een proximale falanx osteotomie volgens de Akin-procedure met een bunionectomie, en behandeling van de weke delen volgens de Silver-procedure, waarbij gebruik wordt gemaakt van de minimaal invasieve operatietechniek. Voor zowel de behandeling van hallux valgus door middel van de Akin-procedure, de bunionectomie als de minimaal invasieve chirurgie kon niet worden geconcludeerd dat deze voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Ook uit de Nederlandse richtlijn Hallux Valgus (2021) volgt dat een operatie van het eerste teenkootje via de Akin-procedure niet een geschikte techniek is voor behandeling van hallux valgus. Behandeling van hallux valgus door alleen het eerste teenkootje te corrigeren, geeft volgens de richtlijn geen duidelijke verbetering van de intermetatarsaalhoek. Tot slot geldt dat het Zorginstituut op 2 juli 2025 een literatuursearch heeft verricht in Pubmed. Hieruit is naar voren gekomen dat sinds de publicatie van de FMS richtlijn (2021) er geen nieuwe Randomised Controlled Trials (RCT's) zijn gepubliceerd die de Akin-procedure hebben onderzocht. De conclusie van het Zorginstituut is dat een operatie aan beide voeten bij een hallux valgus volgens de Akin-procedure met minimaal invasieve techniek niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering is.
- 7.7. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd ten aanzien van de mogelijke voordelen van de uitgevoerde ingreep ten opzichte van de reguliere behandelmethode vormt voor de commissie geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en daarom neemt zij dit over. Dat een vriendin van verzoekster dezelfde behandeling in Spanje heeft ondergaan en zij de kosten wél vergoed heeft gekregen van haar zorgverzekeraar kan niet leiden tot een andere uitkomst. De commissie merkt

hierover op dat alle zorgverzekeraars in Nederland met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering zijn gebonden aan de geldende wet- en regelgeving. Zij mogen - voor zover het de te verzekeren prestaties betreft - niet meer of minder aanbieden dan de regelgeving hen toestaat. Indien een zorgverzekeraar, in afwijking hiervan, toch tot verstrekking of vergoeding van de kosten van zorg overgaat, kan dit een andere verzekeraar niet binden.

Dit betekent dat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de gemaakte kosten, en dat de toestemming in het kader van Verordening (EG) nr. 883/2004 terecht werd geweigerd.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 december 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

I Algemeen gedeelte

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Basisverzekering Natura is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Ons Team Medical adviseert u bij welke zorgverlener u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met ons Team Medical. Ons Team Medical kunt u bereiken via onze [website](#).

Medische noodzaak

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

1.2 Wie mag de zorg verlenen

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

1.3 Zorgverlening door een gecontracteerde zorgverlener

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

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

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

1.4 Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven en bij Verpleging en verzorging (artikel 16) en Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (artikel 27 en 39) tot maximaal 75% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgverleners ('gemiddeld gecontracteerd tarief').

Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgverleners zijn afgesproken en er gelden tarieven die door de overheid zijn vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De kosten worden dan vergoed tot maximaal 80% en bij Verpleging en verzorging (artikel 16) en bij Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (artikel 27 en 39) tot maximaal 75% van het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Het kan dan zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een (wettelijke) eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

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. (...)*”