

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202401961

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 30 oktober 2024 een klacht voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. In een telefonisch contact met een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen op 12 december 2024 heeft verzoekster verklaard een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) te willen, hetgeen bij brieven van 12 en 13 december 2024 door de commissie aan haar is bevestigd. Op 21 december 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 21 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 januari 2025 is op aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 19 maart 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025001813) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 maart 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Bij brief van 27 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster voorgesteld de kosten van de in Duitsland uit te voeren liesbreukoperatie te vergoeden tot een bedrag van € 2.978,58. Verzoekster heeft dit voorstel bij e-mailbericht van 5 april 2025, gericht aan de commissie, verworpen. Een afschrift van dit e-mailbericht is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarna deze bij brief van 11 april 2025 hierop heeft gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan verzoekster gestuurd.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 april 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede kopieën van de reacties van partijen van 27 maart 2025, 5 april 2025 en 11 april 2025 zijn op 24 april 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 19 maart 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 28 april 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit, ONVZ Wereldfit, ONVZ Werkfit en ONVZ Tandfit module B (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster kampt met een liesbreuk die operatief moet worden verholpen. Op 15 augustus 2024 heeft zij de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten van de behandeling van de liesbreuk door middel van de Shouldicetechniek, uit te voeren in Cottbus (Duitsland), te vergoeden. Bij brief van eveneens 15 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de aanvraag beslist.
- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 11 september 2024 en 17 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 19 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de in Cottbus uit te voeren liesbreukoperatie volgens de Shouldicetechniek te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Omdat het plaatsen van een matje niet de voorkeur van verzoekster geniet, is zij op zoek gegaan naar een alternatief, hetgeen zij heeft gevonden in de operatie door middel van de Shouldicetechniek. De ziektekostenverzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat deze behandeling niet voldoet aan de 'stand van wetenschap en de praktijk'. De ziektekostenverzekeraar baseert zich hierbij op de Nederlandse richtlijn 'Liesbreuk bij volwassenen'. In deze richtlijn wordt de Shouldicetechniek echter expliciet genoemd als een geldige optie wanneer de patiënt een voorkeur heeft voor een weefselplastiek zonder matje. De ziektekostenverzekeraar geeft echter een eigen interpretatie aan de richtlijn door te stellen dat toepassing van de Shouldicetechniek niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', tenzij sprake is van bijzondere omstandigheden zoals infecties. De richtlijn spreekt, als gezegd, evenwel ook van toepassing van de Shouldicetechniek bij een patiëntvoorkeur. Waarom de ziektekostenverzekeraar dit laatste negeert, is verzoekster niet duidelijk geworden.
Verder voert verzoekster aan dat zij erachter is gekomen dat de Shouldicetechniek niet alleen in Duitsland wordt toegepast, maar ook in Nederland, en wel in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg, het Laurentius Ziekenhuis (Liesbreuk Centrum Limburg) in Roermond, en het Medisch Centrum Waalre. Enkele van deze ziekenhuizen zijn door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd, wat impliceert dat de ziektekostenverzekeraar liesbreukoperaties door middel van de Shouldicetechniek in Nederland wél vergoedt. Dit laatste is haar ook bevestigd door de arts.
- 3.3. Verzoekster ervaart de situatie met de ziektekostenverzekeraar als zeer frustrerend. Zij heeft bij de ziektekostenverzekeraar een verzekering afgesloten die haar recht op vrije artskeuze respecteert. De ziektekostenverzekeraar stelt zich autoritair op en interpreteert de geldende richtlijn naar eigen inzicht. Wat verzoekster nog meer frustreert is dat de ziektekostenverzekeraar haar op enig moment heeft verzocht wetenschappelijk bewijs aan te leveren, namelijk een 'randomized controlled trial met minimaal 5 jaar follow-up', om de werkzaamheid van de ingreep aan te tonen. Dit verzoek was volgens verzoekster onredelijk omdat de officiële richtlijn 'Liesbreuk bij volwassenen', die zij al had aangeleverd, voldoende bewijs bevat om de werkzaamheid van de Shouldicetechniek aan te tonen.
- 3.4. Overigens heeft verzoekster volgens de Europese richtlijn over patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg recht op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland. Voorwaarde hierbij is dat de zorg in Nederland verzekerd is. Verzoekster concludeert dat dit het geval is, nu een liesbreukoperatie met toepassing van de Shouldicetechniek ook in Nederland in verschillende (gecontracteerde)

ziekenhuizen wordt uitgevoerd en door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed. Zoals blijkt uit de richtlijn 'Liesbreuk bij volwassenen', wordt de Shouldicetechniek ook toegepast als dit de voorkeur heeft van de patiënt. Verzoekster vermag dan ook niet in te zien met welke reden de ziektekostenverzekeraar nog weigert de ingreep te vergoeden.

- 3.5. Bij e-mailbericht van 5 april 2025 heeft verzoekster gereageerd op het voorstel van de ziektekostenverzekeraar om de kosten van de aangevraagde behandeling ten bedrage van € 2.978,58 alsmede het entreegeld van € 37,- alsnog geheel te vergoeden. Ondanks de tegemoetkoming door de ziektekostenverzekeraar wenst verzoekster toch een bindend advies van de commissie zodat het ook voor andere verzekerden duidelijk is dat de liesbreukoperatie door middel van de Shouldicetechniek behoort tot de verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Het aanbod van de ziektekostenverzekeraar wordt om die reden door haar verworpen.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat zij graag een uitspraak van de commissie wil zodat andere verzekerden niet een hele klachtenprocedure hoeven te doorlopen. Verder heeft verzoekster verklaard dat het haar heeft gestoord dat zij steeds moest aantonen dat een liesbreukoperatie door middel van de Shouldicetechniek behoort tot de verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering, maar dat met de door haar daartoe overgelegde informatie vervolgens niets werd gedaan.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, in reactie op de aanvraag en in de herhaalde heroverwegingen, aanvankelijk het standpunt ingenomen dat de aangevraagde behandeling, een liesbreukoperatie met toepassing van de Shouldicetechniek, niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Dit omdat deze behandeling niet behoort tot de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Uit de beschikbare wetenschappelijke literatuur en de Nederlandse richtlijn 'Liesbreuk bij volwassenen' zou volgens hem blijken dat de Shouldicetechniek niet voldoet aan voornoemd criterium, tenzij sprake is van bijzondere omstandigheden (bijvoorbeeld een infectie), waardoor er een contra-indicatie is voor andere technieken. Uit de ingediende aanvraag was het de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat bijzondere omstandigheden in het geval van verzoekster toepassing van de Shouldicetechniek rechtvaardigden.
- 4.2. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de operatie door middel van de Shouldicetechniek ook dient te worden vergoed als dit de voorkeur van de patiënt geniet, heeft de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie het standpunt ingenomen dat het in Nederland gebruikelijk is om te kiezen voor een operatietechniek met mesh (mat). De Shouldicetechniek betreft een open operatietechniek zonder mesh. Volgens de richtlijn 'Liesbreuk bij volwassenen' kan de Shouldicetechniek weliswaar worden overwogen, maar dat betekent niet automatisch dat deze techniek daarmee voldoet aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk'. Op die grond zijn er twee argumenten:
1. De werkgroep adviseert om een mesh te gebruiken bij de operatieve behandeling van liesbreuken.
 2. Hier kan van worden afgeweken wanneer een patiënt een operatietechniek met mesh weigert.
- De Shouldicetechniek is evenwel niet de techniek die de voorkeur heeft van de beroepsgroep, omdat onvoldoende is bewezen dat dit een veilige en voldoende effectieve techniek (in termen van pijnklachten, complicaties en recidief risico) betreft. Gelet op het voorgaande kan niet worden geconcludeerd dat de operatie door middel van de Shouldicetechniek ook dient te worden vergoed als dit de voorkeur van de patiënt geniet. Dit omdat de behandeling niet bewezen effectief is, aldus de ziektekostenverzekeraar in het kader van zijn afwijzende beslissing.
- 4.3. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar in dat verband verklaard dat de stelling van verzoekster dat haar arts heeft opgemerkt dat de operatie met de Shouldicetechniek eerder wel werd vergoed, niet betekent dat in de situatie van verzoekster ook vergoeding moet plaatsvinden. Iedere aanvraag wordt immers individueel beoordeeld. Er kunnen dan ook geen rechten worden ontleend aan de beoordeling van aanvragen van andere verzekerden.
- 4.4. Bij brief van 27 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut, voorgesteld de kosten van de bij verzoekster in Cottbus uit te voeren liesbreukoperatie

te vergoeden tot een bedrag van € 2.978,58. Dit bedrag is gebaseerd op enerzijds de offerte die verzoekster heeft overgelegd en anderzijds het tarief behorend bij de DBC-zorgproductcode voor een ‘Enkelzijdige open operatie bij een liesbreuk’. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar bereid om het door verzoekster aan de commissie betaalde entreegeld van € 37,- te vergoeden.

4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij zijn standpunt lopende de procedure heeft gewijzigd, omdat bij hem lange tijd onduidelijkheid bestond of een liesbreukoperatie door middel van de Shouldicetechniek voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dit werd veroorzaakt doordat er verschillend werd gedacht over het verschil in recidief tussen de diverse behandeltechnieken. Door het Zorginstituut is hierover nu duidelijkheid gegeven. Een en ander geldt overigens niet alleen voor verzoekster, maar ook voor andere verzekerden in deze situatie.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 19 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Stand van de wetenschap en praktijk

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

Liesbreuk bij volwassenen

Een liesbreuk is een ongewenste opening in de buikwand, ter plaatse van de lies. Als dit leidt tot klachten of als dit een risico vormt voor complicaties, dan zal geadviseerd worden deze opening te sluiten. Het chirurgisch sluiten kan gebeuren met of zonder mat (mesh). Vanwege de hoge kans op strangulatie (afklemmen van een stukje darm) bij vrouwen, is in de richtlijn ‘Liesbreuk bij volwassenen’ opgenomen om vrouwen altijd behandeling aan te bieden bij verdenking op een liesbreuk. De Shouldicetechniek wordt hierbij aanbevolen als behandeloptie bij bijzondere omstandigheden zoals een patiënt die een voorkeur heeft voor weefselplastiek of, bij een infectie. Ook in de internationale richtlijn van de European Hernia Society wordt de Shouldicetechniek aanbevolen wanneer gezamenlijk met de patiënt wordt besloten tot een operatie zonder mat.

In de richtlijn ‘Liesbreuk bij volwassenen’ wordt aangegeven dat het risico op een recidief liesbreuk lager zou zijn bij het gebruik van een mat ten opzichte van de Shouldicetechniek. De wetenschappelijke bewijskracht hiervoor is echter laag tot heel laag. Derhalve kan niet worden geconcludeerd dat er een lager risico bestaat op een recidief liesbreuk bij een liesbreukoperatie met mat. Daarnaast wordt met literatuur onderbouwd dat de recidiefkans van beide ingrepen sterk afhankelijk is van de ervaring van de chirurg.

Literatuursearch

Ter verificatie van de stand van de wetenschap en praktijk heeft het Zorginstituut een literatuuronderzoek verricht met als uitgangsvraag: kan een liesbreuk worden opgeheven door middel van de Shouldicetechniek? Om deze vraag te beantwoorden is op 7 februari 2025 gezocht in Embase, Medline en Cochrane naar literatuur met een klinische vergelijking van beide operatieve behandelingen bij volwassenen. De belangrijkste bevindingen van de drie meest recente relevante artikelen worden hieronder beschreven.

Uit een meta-analyse van veertien RCT's blijkt dat na drie jaar follow-up de Shouldicetechniek een gemiddelde recidiefkans heeft van 4,2% versus 0,9% recidief na de Lichtensteintechniek (vergelijkbare ingreep met mat). Dat komt overeen met een slagingskans, ook op de langere termijn, van de Shouldicetechniek van 95,8%. De Lichtensteintechniek had weliswaar een kleinere recidiefkans, echter het slagingspercentage van de Shouldicetechniek ligt in vergelijkbare orde van grootte en is dan ook hoog. Het aantal complicaties in beide groepen was gelijk.

In een recente RCT was de recidiefkans van de Shouldicetechniek na drie jaar 7,1% versus 3% bij de Lichtensteintechniek. Er is een consistent betere slagingskans van de Lichtensteintechniek ten opzichte van de Shouldicetechniek. In alle gevallen is de slagingskans, ook op de lang termijn, goed.

In een Cochrane-analyse op basis van 25 RCT's met een lage kans op bias en follow-up van drie tot vijf jaar, concluderen de auteurs dat zowel operaties met als zonder mat effectieve behandelingen zijn. Hoewel er een hogere recidiefkans is na een liesbreukcorrectie zonder mat ten opzichte van liesbreukcorrectie met mat hebben beide technieken een hoog slagingspercentage.

Concluderend blijkt uit de wetenschappelijke literatuur dat behandeling van een liesbreuk met toepassing van de Shouldicetechniek een hoog slagingspercentage heeft. Hoewel behandeling met de Lichtensteintechniek een lagere recidiefkans heeft, is het slagingspercentage bij een liesbreukoperatie met toepassing van de Shouldicetechniek voldoende hoog. Er kan dan ook worden geconcludeerd dat behandeling van een liesbreukoperatie met toepassing van de Shouldicetechniek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

In antwoord op de afwijzing van verweerder, die aangeeft dat er bij verzoekster geen omstandigheden zouden blijken die gebruik van de Shouldicetechniek rechtvaardigen, merkt het Zorginstituut op dat uit de beschikbare informatie niet blijkt dat er bij verzoekster factoren aanwezig zijn waardoor de Shouldicetechniek niet bij haar zou kunnen worden toegepast.

Conclusie

Op basis van de Nederlandse en Europese richtlijn en aanvullend wetenschappelijk onderzoek kan worden geconcludeerd dat een liesbreukoperatie met toepassing van de Shouldicetechniek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een liesbreukoperatie met toepassing van de Shouldicetechniek maakt 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 80 van de 'Algemene regels en Vergoedingen' 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 medisch-specialistische zorg en het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Voorts is hierin het van belang zijnde artikel uit Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees parlement en de Raad van 29 april 2004 (Vo. nr. 883/2004) opgenomen. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aangehaald. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. 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 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.

7.3. In het onderhavige geval heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde toestemming geweigerd, waarbij hij zich aanvankelijk op het standpunt heeft gesteld dat een liesbreukoperatie door middel van de Shouldicetechniek niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en daarmee niet behoort tot de verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Door het Zorginstituut is op 7 februari 2025 een literatuursearch verricht. De conclusie die hieruit kan worden getrokken is dat uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat behandeling van een liesbreuk met toepassing van de Shouldicetechniek een hoog slagingspercentage heeft. Dit betekent dat behandeling van een liesbreukoperatie met toepassing van de Shouldicetechniek volgens het Zorginstituut voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. In vervolg op dit advies heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 27 maart 2025 verklaard de kosten van de bij verzoekster in Cottbus uit te voeren liesbreukoperatie tot een bedrag van € 2.978,58 te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Aangezien verzoekster heeft verklaard dat de kosten niet hoger zullen zijn dan dit bedrag, zij – althans naar de commissie begrijpt – geen gebruik wenst te maken van haar rechten uit de verordening, en de ziektekostenverzekeraar aan haar tevens het betaalde entreegeld van € 37,- zal vergoeden, is met het besluit van de ziektekostenverzekeraar het materiële belang dat verzoekster had bij haar verzoek komen te vervallen en ziet de commissie geen grond thans nog een inhoudelijke beoordeling van het verzoek uit te voeren.

Hetgeen verzoekster in dit kader heeft gesteld over het belang dat andere verzekerden, met dezelfde aandoening, zouden kunnen hebben bij een zodanige beoordeling neemt de commissie voor kennisgeving aan. Bij het bindend advies staat voorop dat een uitspraak wordt gedaan in het specifieke geschil en dat daarbij de rechtsverhouding tussen de bij dat geschil betrokken partijen wordt vastgesteld, zoals hiervoor ook is gebeurd.

De bindende adviezen die de commissie uitbrengt worden gepubliceerd op de website van de SKGZ en zijn daarmee breed toegankelijk. De verplichting tot publicatie volgt uit artikel 48e van het Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen. Andere verzekerden kunnen langs die weg van de inhoud kennis nemen.

Slotsom

7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat:

- (i) verzoekster aanspraak heeft op een vergoeding van een in Cottbus uit te voeren liesbreukoperatie tot een bedrag van € 2.978,58 te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, en
- (ii) het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster zal worden vergoeden.

Zeist, 29 april 2025,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

● Voorwaardelijk toegelaten zorg

Meedoen aan onderzoek naar nieuwe behandelingen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% als u meedoet aan het onderzoek
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

De overheid bepaalt welke zorg de basisverzekering vergoedt. Die zorg wordt ook wel 'het basispakket' genoemd.

Omdat de zorg steeds in ontwikkeling is, bepaalt de overheid niet alles in detail. Een algemene grens aan het basispakket is dat zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Als nieuwe zorg daaraan voldoet, kan deze in het basispakket komen zonder dat er steeds een aanpassing van de wettelijke regels nodig is.

Zorginstituut Nederland onderzoekt wat de stand van de wetenschap is, en publiceert daarover. Zo wordt duidelijk wat op een bepaald moment wel en niet in het basispakket zit.

Soms lijkt een behandeling, geneesmiddel of hulpmiddel effectief voor een bepaalde groep patiënten. Maar is er nog niet genoeg onderzoek gedaan om dit met zekerheid te kunnen zeggen. Dan voldoet die zorg nog niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De overheid kan de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel dan voor een bepaalde tijd toch toevoegen aan het basispakket. In die periode wordt dan onderzoek gedaan naar de effectiviteit ervan.

Bent u een van de patiënten voor wie de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel zou kunnen werken? Dan kunt u deze vergoed krijgen. U moet wel meedoen aan het wetenschappelijk onderzoek.

In het document [voorwaardelijke toelating tot het basispakket](#) staat:

- welke zorg op dit moment voorwaardelijk is toegelaten tot het basispakket
- welke patiënten de zorg kunnen krijgen
- aan welk onderzoek u moet meedoen om de kosten ervan vergoed te krijgen
- voor welke periode de zorg is toegelaten
- waar u terecht kunt

Elke 3 maanden kan de minister nieuwe behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen toelaten. Daarom kan het document in de loop van het jaar worden aangepast.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor voorwaardelijk toegelaten zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor voorwaardelijk toegelaten zorg geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of 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. (...)*”