

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema

Zaaknummer: 202400155

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 2 januari 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 augustus 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 23 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 september 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024035667) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 4 december 2024 aan partijen gezonden.
- 1.4. Bij e-mailbericht van 9 februari 2025 heeft verzoeker aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 10 februari 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 februari 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Na afloop van de hoorzitting heeft verzoeker aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 3 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 6 maart 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 6 maart 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 27 november 2024 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie nog een nadere vraag gesteld. Bij brief van 31 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 april 2025 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 april 2025 een e-mailbericht aan de commissie gestuurd. Bij e-mailbericht van 17 april 2025 heeft verzoeker gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut. Afschriften van deze reacties zijn op 25 april 2025 aan de respectieve wederpartij gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Extra Uitgebreid en OHRA Semi Private (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker is van 16 tot 20 mei 2023 opgenomen geweest in het Alfried Krupp Krankenhaus in Essen, Duitsland.
- 2.3. Bij brief van 16 maart 2023 heeft de behandelend medisch specialist over verzoeker verklaard:

“Diagnosen

Chronische Lumbago, atypische Claudicatio-Symptomatik

- Hochgradige Spinalkanalstenose LW 3/4 und LW 4/5

Prozeduren

Z.n. Dekompression LW 3/4

Z.n. Dekompression LW5/SW1

Anamnese

Die ambulante Vorstellung erfolgt wegen seit langem bestehenden Lumbago-Symptomatik, welche a.e. bei Belastung aufträte. Die Schmerzen seien in der letzten 12 Monaten progredient gewesen.

Eine radikuläre Ausstrahlung bestehe seit der letzten LWS-OP nicht mehr. Intermittierend käme es zu einem Giving-Away des rechten Beines nach ca. 700 m Gehstrecke.

Eine Hypästhesie im Bereich der Beinaussenseite re. und sowie eine FHP re. seien seit Jahren (seit der letzten OP) vorbekannt.

Z.n. LWS-OP LW 3/4 und LW 5/SW1.

Aktuell nehme der Patient Diclofenac bei Bedarf ein, darunter kann eine ausreichende Beschwerdelinderung erzielt werden.

Untersuchungsbefund

FHP re. KG 3/4, Hypästhesie entlang L5-Dermatom re. ansonsten keine sensomot. Defizite der UEX, ISG- und Facettengelenke nicht druckschmerzhaft, keine PBZ. Keine Cauda-Symptomatik.

Radiologie

MRT-LWS vom 7.3.23:

Hochgradige Spinalkanalstenosen in Höhe LW 3/4 und LW 4/5.

Therapie

Die Therapieoptionen (konservativ vs operativ) wurden ausführlich besprochen. Im Zusammenschau der klinischen Beschwerdesymptomatik und des MRT-Befundes besprachen wir mit [verzoeker] eine operative Therapie in Höhe LW 3/4 und LW 4/5. Das operative Verfahren sowie die Risiken und Komplikationsmöglichkeiten wurden dargelegt.”

- 2.4. Bij brief van 19 mei 2023 heeft de behandelend medisch specialist over verzoeker meegedeeld:

“Diagnose

Nervenzwurzelkompressionsyndrom bei Spinalkanalstenose in Höhe LW3/4 und LW4/5

Nebendiagnosen

arteriële Hypertonie

Z.n. LWS-OP LW 3/4 und LW 5/SW1. (2007 und 2013)

(....)

Prozeduren

Operation am 17.5.23:

uniportale bilaterale Dekompression der Etage LWK 3/4 und LWK 4/5 von links mit Cross over weit zur Gegenseite, Nukleotomie bei LWK ¾

Vorgeschiede

Bei dem Patienten bestehe seit längerer Zeit progrediente und a.e. belastungsabhängige bilaterale Lumbago-Symptomatik ohne radikuläre Ausstrahlung.

Intermittierend käme es zu einem Giving-Away des rechten Beines nach ca. 700 m Gehstrecke.

Bis auf die vorbekannte Hypästhesie in das laterale rechte Bein und die seit der letzten Operation bestehender Fussheberparese rechts seien keine neuen sensomotorischen Defizite aufgetreten.

Aufnahmeuntersuchung

Gangbild sicher, bekannte Hypästhesie entlang L5-Dermatom re., FHP re. KG 3/4, Keine CaudaSymptomatik. ISG- und Facettengelenke nicht druckschmerzhaft, keine PBZ.

Befunde

MRT-LWS vom 7.3.23:

Hochgradige Spinalkanalstenosen in Höhe LW 3/4 und LW 4/5.

Verlauf

Im Zusammenschau der klinischen Beschwerdesymptomatik sowie des Befundes in der bildgebenden Diagnostik stellten wir die Indikation zur operativen Therapie in Höhe LWK 3/4 und 4/5 von links.

Die Operation erfolgte am 17.5.23 und verlief komplikationslos. Intraoperativ wurde eine uniportale bilaterale Dekompression in Höhe LW3/4 und LW4/5 mit Undercutting zur Gegenseite durchgeführt, mit Nukleotomie in Höhe LW3/4. Anschliessend stellten sich die nervalen Strukturen druckentlastet dar.

Postoperativ zeigte sich keine neue aufgetretene radikuläre Symptomatik. Die Hypästhesie entlang des L5-Dermatoms war bereits postoperativ beginnend rückläufig.

Die Wundverhältnisse waren jeder Zeit trocken und reizlos.

Unter physiotherapeutischen Anleitung konnte [verzoeker] schrittweise mobilisiert werden."

- 2.5. Bij ongedateerd uitkeringsbericht (kenmerk: S3T05592) heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat geen vergoeding wordt verleend voor de door hem ter declaratie ingediende nota ten bedrage van € 6.748,78. Eveneens bij ongedateerd uitkeringsbericht (kenmerk: S3W41132) heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat de ter declaratie ingediende nota's ten bedrage van € 482,49 en € 1.834,04 zijn afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft de afwijzing bij brief van 3 augustus 2023 nader toegelicht.
- 2.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 22 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 2.7. Bij brief van 14 augustus 2023 heeft een arts, verbonden aan het Alfried Krupp Krankenhaus, over verzoeker verklaard:

“Anamnese

Die ambulante Vorstellung erfolgt zur klinischen Verlaufskontrolle bei Z.n. LWS-OP in Höhe LW 3/4 und LW4/5 von links am 17.5.23.

Angesichts der therapieresistenten Beschwerden und bestehender Paresen sowie der MRT Bildgebung mit absoluter Spinalkanalstenosen wurde damals die absolute OP-Indikation gestellt.

Der Patient berichtet über persistierende Schmerzen im ISG Bereich bds., ohne radikuläre Ausstrahlung. Postoperativ hat sich die Schmerzsymptomatik insgesamt deutlich gebessert.

Die Fussheberparese rechts habe sich gebessert aber noch nicht komplett zurückgebildet. [Verzoeker] habe wieder begonnen Sport zu treiben, insb. Schwimmen und Nordic Walking. Schmerzmitteln werden derzeit nicht eingenommen. Physiotherapie wird fortgeführt.

Untersuchungsbefund

Fersenstand mit re. Fuss erschwert, mit linkem Fuss sicher, Zehenstand sicher bds. im Liegen Fussheberschwache re. KG 4/5, Hypästhesie lat. US rechts und Fussaussenrand. ISGbds druckdolent.”

- 2.8. Bij brief van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.9. Bij brief van 31 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Essen, Duitsland, uitgevoerde uniportale bilaterale decompressie op niveau L3/4 en L4/5 en een nucleotomie op niveau L3/4 bij een wervelkanaalstenose te vergoeden.
- 3.2. In het klachtenformulier van 2 januari 2024 heeft verzoeker toegelicht dat de indicatie voor de ingreep werd gesteld door de neurochirurg prof. dr. Ebner van het Alfried Krupp Krankenhaus in Essen. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de hiermee gemoeide kosten om twee redenen geweigerd, te weten:
1. formele bezwaren, er is niet vooraf een autorisatie voor de ingreep gevraagd,
 2. de ingreep zou niet doelmatig zijn, omdat voorafgaand hieraan geen uitgebreide conservatieve behandeling heeft plaatsgevonden.
- Ten aanzien van het eerste punt merkt verzoeker op dat het ontbreken van autorisatie vooraf losstaat van de medische noodzaak van de ingreep. Bovendien heeft hij sinds 1989 voor eerdere operaties ook nooit vooraf een aanvraag is gedaan en vormde dit toen voor de ziektekostenverzekeraar kennelijk geen reden om vergoeding te weigeren. Het betrof hierbij twee HNP-operaties, oogoperaties en een schouderoperatie. Verzoeker heeft hiervan stukken overgelegd.
- Met betrekking tot het tweede punt geldt dat dit wordt weerlegd door onder andere de documentatie van de medische voorgeschiedenis. Het centrale probleem was lumbago, waarvoor reeds in 2004 hulp werd ingeroepen. Destijds is al fysiotherapie in de vorm van een rugschool en gerichte fysiotherapeutische oefeningen gestart. Ook de rugoperaties in 2007 en 2013 gingen met fysiotherapie gepaard. In de tussenliggende jaren tot 2023 is continu, meermaals per week, met crosstrainer, ergofiets, gerichte buikspiertraining en zwemmen, getracht de stabiliteit te

verbeteren en de lumbago te beheersen. Begin 2023 bleek de situatie evenwel niet meer houdbaar en trad een probleem met stabiliteit en valneiging steeds frequenter op.

Het consult bij het Alfried Krupp Krankenhaus leverde de indicatie decompressie van het spinale kanaal op. Het is volgens verzoeker niet inzichtelijk hoe uitgebreide conservatieve therapie de effecten van de stenosen zou kunnen verbeteren, in het bijzonder in het licht van de continue oefeningen, die door verzoeker, als arts, in eigen regie, met mondelinge en schriftelijke instructies van een fysiotherapeut, werden gedaan. Oefeningen heffen stenosen namelijk nooit op.

De symptomatologie is postoperatief duidelijk verbeterd, wandelingen zijn weer mogelijk, en er is geen valneiging meer. Verzoeker concludeert dat de ziektekostenverzekeraar de kosten ten bedrage van totaal € 9.065,31 dient te vergoeden, daar het een medisch noodzakelijke interventie betrof.

- 3.3. Bij e-mailbericht van 9 februari 2025 heeft verzoeker een verklaring van zijn behandelend arts van 18 december 2024 overgelegd. Hierin wordt de indicatie voor de behandeling van verzoeker nader onderbouwd.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat zijn toenemende instabiliteit, valneiging, het verlies van gevoel in het rechterbeen na een korte wandeling, en lumbago de primaire redenen waren om zich tot een neuroloog te wenden. Dit ondanks de voortdurende fysiotherapeutische maatregelen die hij al jarenlang in eigen regie heeft gevoerd. Deze maatregelen waren gebaseerd op de behandelingen fysiotherapie die verzoeker eerder in het traject heeft gehad en die hij zelf heeft bekostigd. Verzoeker is aanvankelijk gestart met een rugschool. Later heeft hij vier behandelingen fysiotherapie gehad in de periode tot 2023. Deze therapie heeft hij vervolgens zelfstandig voortgezet. Het is immers niet ingewikkeld om fysiotherapie zelf voort te zetten als een fysiotherapeut instructies heeft gegeven. Verzoeker heeft aldus wel degelijk langdurig geprobeerd op conservatieve wijze een verbetering te bewerkstelligen. Uiteindelijk bleek dat alleen fysiotherapie het klachtenpatroon van verzoeker niet zou verbeteren. Voorafgaand aan de operatie in 2023 betrof de status van verzoeker: 2007, 2015 neurochirurgische decompressie lumbaal 3/4, 4/5. In 2023 heeft, na een MRI-scan, decompressie in combinatie met een laminectomie plaatsgevonden. Dit heeft een goed resultaat gehad.

Het voorlopig advies van het Zorginstituut is gebaseerd op een artikel uit de Cochrane database uit 2016. In dit artikel is opgenomen dat geen aanbevelingen kunnen worden gegeven bij gebrek aan high quality evidence. Echter, bij de sectie resultaten wordt een significante verbetering na 24 maanden na decompressie gevonden. Hier werd in 2013 ook al aan gerefereerd. De genoemde complicaties van 10-24% betreffen voornamelijk operatierisico's voor niet fitte patiënten. In het geval van verzoeker is echter geen sprake van comorbiditeit. Daarnaast worden de bijwerkingen van niet behandelen niet realistisch besproken. Het risico van het oplopen van een fractuur door vallen mag als bekend worden verondersteld.

Verzoeker heeft verder verwezen naar andere relevante artikelen uit de Cochrane database die niet door het Zorginstituut zijn gebruikt. Uit de door verzoeker genoemde artikelen (studies en richtlijnen) kan worden geconcludeerd dat de oudere artikelen uit de Cochrane database niet eenduidig zijn. Bij chirurgie laten zij op langere termijn toch betere resultaten zien. Ook in recentere literatuur wordt dit bevestigd. Chirurgische therapie is op de langere termijn superieur aan conservatieve therapie. Dit geldt in het bijzonder bij functie uitval.

Verzoeker heeft voorts opgemerkt dat een individuele benadering van patiënten gewenst is. Hierbij hebben algemene richtlijnen eerder een adviserend karakter. Richtlijnen zijn er voor groepen. Individuele aspecten moeten in de therapiekeuze worden verdisconteerd.

- 3.5. Bij e-mailbericht van 17 april 2025 heeft verzoeker aangevoerd dat het Zorginstituut bij zijn beoordeling ten onrechte geen rekening heeft gehouden met de jarenlange voorafgaande conservatieve behandeling. Ter onderbouwing heeft verzoeker verwezen naar de door hem overgelegde nota's van behandelingen fysiotherapie in Duitsland en zijn verklaring over de

fysiotherapie in eigen regie. Dat verzoeker, als praktiserend medisch specialist, de draagwijdte en basis van fysiotherapie kan begrijpen en uitvoeren, wordt niet gehonoreerd.

De veronderstelde therapeutische rol van fysiotherapie bij spinale stenose moet ook aan de hand van ‘evidence based medicine’ worden getoetst. Hierbij valt op dat geen sterk bewijs daarvoor kan worden geleverd. Het afwachtende karakter van deze benadering, namelijk eerst conservatief behandelen, maakt gebruik van het fenomeen dat veel ziekteprocessen, na een acutere fase, door rust en medicatie verbeteren. Bij een progressief verloop van de klachten, bij instabiliteit ondanks de permanente oefening, moet evenwel worden ingegrepen. Zowel de neuroloog in Duitsland als de orthopedisch chirurg in Nederland bevestigt dit. Verzoeker heeft hierbij nogmaals opgemerkt dat de stenose is ontstaan na twee eerdere operaties aan de wervelkolom. Dit betreft een ander uitgangspunt dan een simpele spinaalkanaal stenose. De classificatie van claudicatio als ‘atypisch’ bij een spinale kanaal stenose is onjuist. Voor de neurochirurg bestond dus wel degelijk een indicatie tot opereren.

Verder heeft verzoeker opgemerkt dat het Zorginstituut ten onrechte heeft verwezen naar een hoofdstuk van de richtlijnendatabase. In dit hoofdstuk gaat het namelijk over patiënten met een lumbale spinale stenose zonder instabiliteit. In het geval van verzoeker was daarentegen sprake van (progressieve) instabiliteit. Verder blijkt uit de research-aanbeveling dat nog niet duidelijk is wat de waarde van deze richtlijn is.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 22 mei 2023 opgemerkt dat bij verzoeker al sinds langere tijd sprake is van bilaterale lumbagoklachten, zonder radiculaire uitstraling. Er is een bekende hypesthesie van het laterale rechterbeen en een sinds de laatste operatie bestaande voetheffersparese rechts. Er zijn geen nieuwe sensomotorische verschijnselen opgetreden. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de richtlijn Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie, waarin staat:

“Overweeg operatieve behandeling bij een patiënt met ernstige/progressieve klachten volledig passend bij LSS, met passende beeldvorming, bij niet-succesvolle conservatieve behandeling.”

In Uptodate - Lumbar spinal stenosis: Treatment and prognosis - staat:

“We suggest consultation for surgical therapy for patients who do not have an adequate clinical response to conservative therapy and who are functionally disabled by their symptoms, and for patients who have a Progressive neurologic deficit (Grade 2C). A shared decision-making process with information about treatment options and assessing patient preferences is recommended. The risks and benefits of treatment options should be reviewed, including benefits of surgery that decline over time and the possibility of repeat operations (for same or adjacent level disease) in 15 to 25 percent.”

Hieruit blijkt dat een operatie kan worden overwogen als conservatieve behandeling niet succesvol is of als er sprake is van ernstige progressieve neurologische uitval. Dit wordt bevestigd in adviezen van het Zorginstituut en uitspraken van de commissie, zoals zaaknummer 201202296. Verzoeker heeft weliswaar verklaard dat hij vóór de ingreep door middel van fysiotherapie, rugschool en wekelijkse oefeningen langdurig heeft getracht een verbetering van de klachten en symptomen te verkrijgen, maar van recente vergoedingen voor fysiotherapie of een rugschool blijkt niet uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar. Het is voor hem dan ook niet duidelijk wanneer verzoeker deze behandelingen heeft ondergaan. Hoewel bij de behandelend arts op 16 maart 2023 de optie van een conservatieve behandeling is besproken, is toen echter gekozen voor een operatie. De ziektekostenverzekeraar concludeert, gehoord zijn medisch adviseur, dat de ingreep niet doelmatig is. Er is niet gebleken dat een uitgebreide conservatieve behandeling heeft plaatsgevonden. Ook is niet gebleken dat er sprake was van ernstige progressieve

neurologische uitval.

De ziektekostenverzekeraar verwijst verder naar artikel B.2.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin staat dat een akkoordverklaring is vereist voor alle planbare, niet spoedeisende zorg waarbij de verzekerde minimaal één nacht wordt opgenomen. Hoewel dit op zich al reden voor afwijzing zou kunnen zijn, is achteraf een inhoudelijke beoordeling uitgevoerd.

- 4.2. In zijn brief van 23 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat van belang is of op het moment van de operatie in mei 2023 een noodzaak tot die operatie bestond. Hierbij wordt gekeken of betrokkene sinds het verergeren van de klachten conservatief is behandeld. In de situatie van verzoeker geldt dat hij niet meer (uitgebreid) conservatief is behandeld sinds zijn klachten begin 2023 toenamen. De ziektekostenverzekeraar heeft er begrip voor dat verzoeker geen vertrouwen meer had in conservatieve behandeling, aangezien hij in het verleden vaker conservatief is behandeld. Door het uitvoeren van de operatie kan echter niet meer blijken of conservatieve behandeling het gewenste effect zou hebben gehad. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar was de keuze voor conservatieve behandeling voorliggend. Als gezegd, blijkt uit de verslaglegging dat conservatieve behandeling in maart 2023 ook met de behandelend medisch specialist is besproken.

Op grond van de aanwezige medische informatie heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de reeds bij verzoeker uitgevoerde operatie. Ingevolge artikel A.3.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering is onder meer van belang of een verzekerde volgens de wetenschappelijke literatuur en relevante richtlijnen is aangewezen op behandeling in een bepaalde situatie. In de praktijk kan dit betekenen dat een medische behandeling die wordt voorgesteld door een medisch specialist (nog) niet kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij begrip heeft voor de keuze van verzoeker om de operatie te ondergaan. Verzoeker was niet ervan op de hoogte dat hij dit vooraf met de ziektekostenverzekeraar moest afstemmen. Voor de ondergane operatie geldt op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering een toestemmingsvereiste. Het ontbreken van voorafgaande toestemming wordt verzoeker echter niet tegengeworpen. De ziektekostenverzekeraar heeft de beschikbare informatie medisch inhoudelijk beoordeeld en geconcludeerd dat de genoten zorg niet voor vergoeding in aanmerking komt. Het Zorginstituut komt in zijn advies aan de commissie tot dezelfde conclusie. Uit het dossier kan worden opgemaakt dat verzoeker langdurig rugklachten had en dat hij hiervoor op enig moment wel enige fysiotherapie heeft gehad. Verzoeker heeft blijkbaar instructies gekregen van zijn fysiotherapeut en de therapie zelfstandig voortgezet. Dit laat onverlet dat hij niet in therapie is geweest sinds de verergering van zijn situatie in 2023.

- 4.4. In zijn brief van 3 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de klachten van verzoeker door de behandelend medisch specialist eerder als atypische claudicati klachten zijn geduid. Bij lichamelijk onderzoek werden ook geen nieuwe uitvalsverschijnselen vastgesteld. Verzoeker was al bekend met een verminderd gevoel aan de buitenkant van het rechterbeen en een voetheffersparese. Dat sprake was van een progressieve uitval van de motorische en sensorische functie van het been blijkt niet uit de beschikbare medische informatie. In de brief van 18 december 2024 wordt beschreven dat er nieuwe klachten zijn, namelijk een giving way van het rechterbeen na 700 meter lopen. Deze klachten zijn echter ook al in de brief van 16 maart 2023 genoemd en toen als atypische claudicati klachten geduid. Dit betreft ook een atypische klacht bij een spinale stenose. Er is dus reden temeer om eerst een afwachtende houding aan te nemen. Mogelijk was deze klacht ook zonder operatie weggegaan. Er is niet gebleken dat er na het ontstaan van de klacht van giving way, fysiotherapie of een andere conservatieve behandeling, gericht op deze klacht, heeft plaatsgevonden. Verzoeker doet al jaren dezelfde oefeningen in verband met rugpijn. Bij giving way in de benen zijn deze oefeningen

mogelijk niet passend. Een consult bij een fysiotherapeut zou als eerste stap wenselijk zijn geweest.

De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar diverse wetenschappelijke artikelen. Ook heeft hij opgemerkt dat in de Duitse richtlijn staat dat chirurgie pas na conservatieve behandeling kan worden overwogen en dat over de Nederlandse richtlijn goed lijkt te zijn nagedacht. Er is geen nieuwe evidence van goede kwaliteit aangeleverd, op basis waarvan kan worden gesteld dat operatie de behandeling van eerste keus is. Aan de aanbeveling in de richtlijn Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie werd in de situatie van verzoeker niet voldaan.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag die in dit geschil centraal staat is of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een uniportale bilaterale decompressie op niveau L3-4 en L4-5 en een nucleotomie op niveau L3-4 in verband met LSS.

Uit de richtlijn ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie blijkt dat bij een patiënt met LSS operatieve behandeling overwogen kan worden bij ernstige/progressieve klachten volledig passend bij LSS, met passende beeldvorming en niet-succesvolle conservatieve behandeling. Het gaat dan om patiënten met een symptomatische LSS die niet spontaan verbetert met of zonder conservatieve therapie, adequate pijnstilling of waarbij zich neurologische symptomatologie ontwikkelt die een verder conservatief beleid niet rechtvaardigt. Uit de richtlijn blijkt dat er slechts beperkte onderbouwing is voor de effectiviteit van een operatieve ingreep. De conclusie van de richtlijn is dat er geen duidelijk positief resultaat is van een chirurgische behandeling. Daarentegen zijn er wel duidelijke aanwijzingen voor complicaties bij 10-24% van de patiënten. Daarom wordt aanbevolen om zeer terughoudend te zijn met spinale chirurgie en eerst conservatieve therapie te benutten.

In de beschikbare informatie in het dossier bevinden zich verslagen van de radioloog en de behandelend neurochirurg in Duitsland. Uit de richtlijn ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie volgt dat sprake moet zijn van beeldvorming die passend is bij de klacht. Het Zorginstituut merkt op dat het onduidelijk is wat de relatie is tussen het MRI-resultaat van de ernstige LSS op niveau L3-4 en L4-5, en de specifieke klachten van verzoeker. De behandelend neurochirurg beschrijft dat sprake is van een sinds twaalf maanden bestaande progressieve lumbago zonder uitstraling bij een langer bestaande lage rugpijn die bij belasting optreedt. Ook spreekt de behandelend neurochirurg van intermitterend optredende ongecontroleerde beweging van het onderbeen na 700 meter lopen. Een beschrijving van de behandelend neurochirurg waarin de specifieke diagnostische bevindingen blijken op grond waarvan verzoeker een indicatie had voor een bilaterale decompressie op niveau L3-4 en L4-5 en een nucleotomie op niveau L3-4, ontbreekt echter.

Daarnaast blijkt uit de richtlijn ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie dat sprake moet zijn van niet-succesvolle conservatieve therapie, voordat overgegaan kan worden op operatieve behandeling. Het Zorginstituut merkt op dat in het dossier geen informatie beschikbaar is waaruit duidelijk wordt dat de meest bekende opties voor conservatieve behandelingen door verzoeker zijn benut (pijnstillende medicatie, bewegingstherapie).

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan derhalve niet geconcludeerd worden dat verzoeker voldeed aan de indicatievoorwaarden voor de uitgevoerde operatie, zoals opgenomen in de richtlijn ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzoeker een indicatie had voor een uniportale bilaterale decompressie op niveau L3-4 en L4-5 en een nucleotomie op niveau L3-4. De ingreep komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker is niet redelijkerwijs aangewezen op een uniportale bilaterale decompressie op niveau L3-4 en L4-5 en een nucleotomie op niveau L3-4 ten laste van de basisverzekering."

- 5.2. In het definitief advies van 31 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Aangedragen informatie

In het verslag van de hoorzitting en de brief van de neurochirurg van 18 december 2024 wordt geen nieuwe informatie over het klinisch beeld van een LSS aangetroffen. De vermelde specifieke klacht 'giving away' (een ongecontroleerde beweging van het onderbeen na een paar honderd meter lopen) werd al benoemd in de eerder overlegde brief van de neurochirurg van 16 maart 2023. Nu er slechts één klinisch symptoom is vermeld voor het bestaan van een LSS, namelijk de klacht 'giving away', bestond er een extra reden om terughoudend te zijn met de operatie in de vorm van een directe bilaterale decompressie op niveau L3-4 en L4-5 en een nucleotomie op niveau L3-4. Daarnaast wordt in de aanvullende stukken geen informatie aangetroffen waaruit blijkt dat in de periode voorafgaand aan de operatie voor een LSS op 17 mei 2023 eerst conservatieve behandeling van een LSS heeft plaatsgevonden.

Tot slot draagt verzoeker negen wetenschappelijke artikelen aan waaruit zou moeten blijken dat direct operatief behandelen van een LSS zonder voorafgaande conservatieve therapie minstens even effectief was geweest. Drie van de negen artikelen waren systematische reviews (SR), waarin de effectiviteit en veiligheid van chirurgische decompressie van LSS wordt vergeleken met conservatieve behandeling (Ammendolia 2013, Zaina 2016 en Ma 2017). Er werden door verzoeker ook drie specialistenrichtlijnen genoemd (Deense richtlijn van Roussing 2019, Nederlandse specialistenrichtlijn 2020 en de Duitse Leitlinien Spinalkanalstenose). Als laatste wordt nog een RCT (Staats 2016), een behandelingsalgoritme voor LSS (Antony 2022) en een narratieve review (Katz 2022) genoemd.

Indicatie chirurgische therapie

Met het aandragen van de diverse wetenschappelijke artikelen lijkt verzoeker te willen onderbouwen dat de ingezette chirurgische therapie minstens even effectief is als conservatieve therapie. De stand van wetenschap en praktijk, waarbij wordt beoordeeld of een bepaalde behandeling bewezen effectief is bij een bepaalde indicatie, is echter niet in geschil. De vraag die centraal staat, is of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een chirurgische decompressie

zonder voorafgaande conservatieve behandeling. Voor beantwoording van deze vraag is de richtlijn ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie de aangewezen bron, zoals ook in het voorlopig advies aangehaald. In de richtlijn staat dat operatieve behandeling bij een patiënt met ernstige en/of progressieve klachten volledig passend bij een LSS moet worden overwogen, met passende beeldvorming, bij niet-succesvolle conservatieve behandeling. Zoals ook in het voorlopig advies aangegeven, ontbreekt nog steeds een beschrijving van de behandelend neurochirurg waarin de specifieke diagnostische bevindingen blijken op grond waarvan verzoeker een indicatie had voor een bilaterale decompressie op niveau L3-4 en L4-5 en een nucleotomie op niveau L3-4.

De aanbevelingen volgend uit de specialistenrichtlijn ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie zijn tot stand gekomen volgens een bepaalde methodiek, waarbij de bestaande literatuur over dit onderwerp met grote zorgvuldigheid is beoordeeld. Hieruit volgt dat pas na niet-succesvolle conservatieve therapie kan worden overgegaan op operatieve behandeling. De door verzoeker aangedragen wetenschappelijke artikelen maken dit niet anders. Het advies van het Zorginstituut wijzigt om bovenstaande redenen niet.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ alsmede artikel 20 van 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. Verzoeker is naar Duitsland gegaan om daar een operatie te ondergaan. Het gaat hier om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004. In artikel 20 van deze verordening is geregeld dat een verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere lidstaat. Voorwaarde is hierbij dat de verzekerde toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn zorgverzekeraar. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).
Verzoeker heeft vooraf geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Er is niet gebleken van bijzondere omstandigheden waardoor dit niet mogelijk was (Elchinov, zaak C-173/09, ECLI:EU:C:2010:581). De commissie zal daarom in het voorliggende geschil de aanspraak op vergoeding uitsluitend beoordelen aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.3. Ook in het kader van de zorgverzekering geldt een toestemmingsvereiste. De ziektekostenverzekeraar heeft zich hier in eerste instantie op beroepen, maar nadien heeft hij verklaard dat de ontbrekende toestemming verzoeker in dit verband niet langer wordt tegengeworpen. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar achteraf een inhoudelijke beoordeling uitgevoerd, waarna hij zijn afwijzende beslissing heeft gehandhaafd omdat verzoeker niet redelijkerwijs op de operatie in Essen was aangewezen en deze bovendien niet doelmatig was. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

7.4. Verzoeker heeft op 17 mei 2023 een uniportale bilaterale decompressie op niveau L3/4 en L4/5 en een nucleotomie op niveau L3/4 ondergaan. Het Zorginstituut merkt in het advies aan de commissie van 27 november 2024 in de eerste plaats op dat een beschrijving van de behandelend neurochirurg, waarin de specifieke diagnostische bevindingen blijken op grond waarvan verzoeker een indicatie had voor een bilaterale decompressie op niveau L3-4 en L4-5 en een nucleotomie op niveau L3-4, ontbreekt. Daarnaast schrijft het Zorginstituut dat volgens de richtlijn 'Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie' een operatie kan worden overwogen bij een patiënt met ernstige/progressieve klachten volledig passend bij lumbale spinaal stenose (LSS) en niet-succesvolle conservatieve behandeling. Uit de richtlijn blijkt bovendien dat er slechts beperkte onderbouwing is voor de effectiviteit van een operatieve ingreep. Daarentegen zijn er wel duidelijke aanwijzingen voor complicaties bij 10-24% van de patiënten. Daarom wordt aanbevolen zeer terughoudend te zijn met spinale chirurgie en eerst alle conservatieve behandelingen te benutten. Uit de stukken blijkt niet dat verzoeker vóór de operatieve ingreep alle conservatieve behandelmogelijkheden heeft benut. Het Zorginstituut concludeert dat verzoeker niet redelijkerwijs is aangewezen op een uniportale bilaterale decompressie op niveau L3/4 en L4/5 en een nucleotomie op niveau L3/4 ten laste van de zorgverzekering.

7.5. Verzoeker heeft verwezen naar de sectie 'resultaten' in het door het Zorginstituut aangehaalde wetenschappelijke artikel. Verder heeft hij verklaard dat bij hem geen sprake is van comorbiditeit en dat zijn situatie afwijkt, in die zin dat de oorzaak van de stenose ligt in eerdere operaties van de wervelkolom. Tevens zijn door verzoeker ter onderbouwing diverse wetenschappelijke publicaties aangehaald.

De commissie overweegt dat, zoals door het Zorginstituut ook is toegelicht, de vraag die in dit geschil ter beantwoording voorligt niet is of de in Essen uitgevoerde operatie voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' – dat is namelijk het geval – maar of verzoeker redelijkerwijs op de behandeling was aangewezen. Uit het vermelde onder 'resultaten' en de wetenschappelijke publicaties waarnaar verzoeker heeft verwezen kan niet worden geconcludeerd dat in zijn geval een operatie-indicatie bestond. Hetgeen hij heeft opgemerkt over zijn specifieke situatie wordt niet bevestigd door de medische verslaglegging van de behandelend medisch specialist.

Verzoeker heeft in dit verband verder aangevoerd dat van een conservatieve behandeling die vóór de ingreep zou hebben moeten plaatsvinden hoe dan ook geen effect viel te verwachten op de stenose. Hij heeft daarnaast betoogd dat zijn situatie, ondanks oefeningen in eigen regie, verslechterde.

De commissie stelt vast dat de (nieuwe) klacht van het 'giving away' van het been kennelijk al eerder bestond. Het Zorginstituut merkt hierover op dat dit een aspecifieke klacht is en dat er om die reden te meer aanleiding is terughoudend te zijn met operatief ingrijpen. Blijkens de medische verslaglegging zag ook de behandelend arts onder de gegeven omstandigheden nog een mogelijkheid tot conservatieve behandeling. Deze optie is immers met verzoeker besproken.

Gelet op het voorgaande ziet de commissie in het door verzoeker gestelde geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt zij deze over. Nu verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op de in Essen uitgevoerde operatie, behoeft de vraag of sprake is van doelmatige zorg geen beantwoording meer.

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 mei 2025,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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. (...)*”

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 gehemeltespelen, 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.

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

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

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

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

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

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

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

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

Toelichting:

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

Toelichting:

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

Toelichting:

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

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

kering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar gestelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid: wetten.overheid.nl is de Regeling zorgverzekering te vinden.

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U heeft een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulp-

middelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden. In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvangen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuur van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk; of
- een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank aan ons toestuur waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aangeeft dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polisblad staat de ingangsdatum van uw verzekering.

A.4.2. Verzoek tot wijziging

Uw verzoek om bij ons een verzekering af te sluiten beschouwen wij ook als een verzoek van u om de

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

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

Voorwaarden

Algemeen

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

Zorgverlener

Een zorgverlener die als leefstijlcoach is opgenomen in:

- het register van de Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN);
- het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF);
- de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF); of
- het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)

verleent in afstemming met en terugkoppeling aan de verwijzende zorgverlener de zorg.

Verwijzing

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

Akkoordverklaring

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

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van

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

B.4. Medisch specialistische zorg

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

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

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

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

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

Let op!

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

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

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

Let op!

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

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

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

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

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel

A.21.

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

Voorwaarden

Algemeen

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

Zorgverlener

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

Verwijzing

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

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

Akkoordverklaring

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

Tarieven

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

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

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

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

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

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

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

Let op!

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

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

Voorwaarden

Algemeen

Bij zorg via de app Skinvision moet:

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

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

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

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik;
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslachte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen). De transseksualiteit moet zijn vastgesteld door een zorgverlener die deelneemt aan een transgenderennetwerk;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeltespelen;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:
u bent verzekerd voor een borstverkleining als u cup DD/E of groter heeft (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de

zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.

- Laserbehandeling:
deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen kan onder uw zorgverzekering vallen. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
- Neuscorrectie:
u bent alleen verzekerd voor een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte doorgankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor een akkoordverklaring.

Voorwaarden

Algemeen

- De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
- Als een opname medisch noodzakelijk is, zijn de voorwaarden voor opname van toepassing, Zie hiervoor artikel B.4.2.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg en is verantwoordelijk voor zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van

verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

- Als het gaat om een correctie van de bovenoogleden, dan beoordeelt een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg, namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt die zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Tarieven

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

B.4.6. Revalidatiezorg

B.4.6.1. Revalidatie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg omvat:

- opname: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;
- deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder opname.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om complexe, met elkaar samenhangende problemen in bewegen, gevoel, verstandelijk vermogen, spraak, taal en/of gedrag. Deze worden veroorzaakt door:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

De revalidatie richt zich op het verbeteren en/of voorkomen van problemen in het dagelijks leven en het maatschappelijk functioneren als gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte. Er wordt

gewerkt aan het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk functioneren, passend bij uw beperkingen.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team in een instelling voor revalidatie, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandeldoel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant of sportarts.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor een revalidatiebehandeling zonder opname.

Tarieven

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

B.4.6.2. Geriatrische revalidatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op (vergoeding van) deze zorg.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg in verband met:

- kwetsbaarheid;
- complexe Multi morbiditeit; en
- afgenomen leer- en trainbaarheid.

De zorg is erop gericht dat uw functionele beperkingen verminderen zodat terugkeer naar huis mogelijk is. De zorg duurt maximaal 6 maanden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De geriatrische revalidatie volgt binnen een week op een opname en behandeling in een instelling voor medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel B.4.2., en gaat bij aanvang gepaard met opname als bedoeld in artikel B.4.2.; daaraan voorafgaand is geen sprake geweest van verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Vlz;
- Er bestaat ook aanspraak op geriatrische revalidatie bij plotseling optredende mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid door een aandoening waarvoor u al medisch specialistische zorg heeft ontvangen. In dit geval moet

zijn vastgesteld dat u tot de doelgroep voor geriatrische revalidatie behoort. De beoordeling hiervan kan geschieden door een geriater op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team in een instelling voor revalidatie, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandeldoel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een arts verstandelijk gehandicapten, geriater, medisch specialist, physician assistant, of verpleegkundig specialist.
- Als u de behandeling krijgt als gevolg van een plotseling optredende aandoening of trauma geldt dat er een geriatrisch assessment moet hebben plaatsgevonden door een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een internist ouderengeneeskunde en/of een klinische geriater.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als (in bijzondere gevallen) de geriatrische revalidatie langer duurt dan 6 maanden.

Tarieven

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

B.4.7. Orgaantransplantatie

B.4.7.1. Zorg voor u als ontvanger

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Voor u, als verzekerde en ontvanger van een orgaan, omvat de zorg:

- de transplantatie van weefsels en organen;
- de medisch specialistische zorg die te maken heeft met het implanteren bij u (ontvanger) van het transplantatiemateriaal van de donor.
- het onderzoek, de verwijdering, het bewaren en het vervoer van het transplantatiemateriaal na het overlijden in verband met de transplantatie. Het kan ook om levende donatie gaan.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De transplantatie vindt plaats op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk.
- De transplantatie van weefsels en organen is verricht in:
 - een lidstaat van de Europese Unie;
 - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
 - een andere staat als de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad van de verzekerde is.

Zorgverlener

De zorgverlener moet:

- voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie; en
- verbonden zijn aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.4.7.2. Zorg voor u als donor

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Bij orgaantransplantatie omvat de zorg voor de donor (degene die een orgaan/weefsel aan u als ontvanger afstaat):

- opname en specialistisch-geneeskundige zorg voor de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal tot maximaal 13 weken na het einde van deze opname. Voor leverdonoren geldt hiervoor maximaal 6 maanden.
- vervoer binnen Nederland op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer. De donor heeft dit nodig in verband met de selectie, de opname en het ontslag uit een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Dit vervoer duurt maximaal 13 weken na het einde van de opname die hiermee te maken heeft. Voor leverdonoren geldt hiervoor maximaal 6 maanden.
- als vervoer medisch noodzakelijk is, is in plaats van openbaar vervoer ook het vervoer met een auto of een taxi mogelijk.