

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500558

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam,

2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. te Schiedam,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 31 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 15 mei 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij brief van 12 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 juni 2025 aan verzoekster gestuurd.

1.3. Bij brief van 6 augustus 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025013855) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut de commissie nader onderzoek te laten uitvoeren. Dit omdat de volgende informatie nog ontbreekt:

- een gedetailleerde onderbouwing van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van het standpunt dat de aangevraagde operatie niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’;
- de voorgeschiedenis van verzoekster, informatie over eerdere chirurgische conservatieve, niet-conservatieve behandelingen en multidisciplinaire behandelingen;
- een volledige speciële anamnese van de huidige klachten (ernst, locatie, triggermomenten, afname van klachten, uitstraling, uitvalsverschijnselen enzovoort);
- de uitslag van het beeldvormend onderzoek;
- het behandelplan op wervelniveau.

1.4. Een kopie van het voorlopig advies van het Zorginstituut is op 8 augustus 2025 aan partijen gestuurd. De commissie heeft verzoekster en de ziektekostenverzekeraar in de begeleidende brief gevraagd het nader onderzoek, zoals benoemd in het advies van het Zorginstituut van 6 augustus 2025, uit te voeren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben bij e-mailbericht van 10 augustus 2025 respectievelijk bij brief van 2 september 2025 gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de respectieve wederpartij gezonden.

1.5. De reacties van verzoekster van 10 augustus 2025 en van de ziektekostenverzekeraar van 2 september 2025 zijn op 3 september 2025 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een nader voorlopig advies uit te brengen, ditmaal met inachtneming van hetgeen door partijen is

ingebracht. Bij brief van 5 november 2025 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 november 2025 aan partijen gezonden.

- 1.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 november 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.7. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoekster in de gelegenheid gesteld om, samen met haar behandelend arts, een inhoudelijke reactie te geven op het nader voorlopig advies van het Zorginstituut. Bij e-mailbericht van 30 november 2025 heeft verzoekster de commissie de reactie van haar behandelend arts gestuurd, alsmede afschriften van de van de kliniek ontvangen facturen. Bij brief van 2 december 2025 heeft de commissie de van verzoekster ontvangen informatie in kopie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, die daarbij in de gelegenheid is gesteld op de betreffende stukken te reageren. Bij brief van 9 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 1.8. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de reacties van verzoekster en de ziektekostenverzekeraar van 30 november 2025 en 9 december 2025 zijn op 10 december 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 5 november 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 18 december 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het nader voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster kampte al meerdere jaren met rugklachten waarvoor zij in Nederland en Duitsland is behandeld. Omdat op enig moment littekenweefsel rond de zenuw ontstond, is verzoekster verwezen naar een medisch specialist in België. Op 16 januari 2025 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan om in België een fusie en decompressie operatie te laten uitvoeren op niveau L5-S1 respectievelijk L3-4. Bij brief van 30 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist.
- 2.3. Op 24 februari 2025 is de aangevraagde behandeling in België uitgevoerd.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Op 3 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 4 augustus 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 5 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 18 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de op 24 februari 2025 in België uitgevoerde fusie en decompressie operatie op niveau L5-S1 respectievelijk L3-4 alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster voert hiertoe aan dat zij al langere tijd kampte met rugklachten waarvoor zij in Nederland werd behandeld bij een gespecialiseerde kliniek. Omdat de medisch specialisten op enig moment niets meer voor haar konden doen, is zij doorverwezen naar een kliniek in Keulen. Daar is verzoekster behandeld, maar toen het littekenweefsel rond de zenuw begon te groeien, werd haar verteld dat ook de medisch specialisten in Keulen niets meer voor haar konden betekenen. Via de kliniek in Nederland is verzoekster vervolgens verwezen naar een medisch specialist van het AZ Rivierenland in België. Deze arts is gespecialiseerd in het weghalen van littekenweefsel. Op 24 februari 2025 heeft verzoekster zich door de medisch specialist laten behandelen. Tijdens de operatie is onder meer materiaal in de rug geplaatst, en dit zorgt voor meer ruimte voor de zenuw. Er is donormerg aangebracht, dat gaat groeien en weer opvult wat er is weggehaald. Daardoor komt er meer damping in de rug. De ingreep heeft ervoor gezorgd dat de pijnklachten sterk zijn afgenomen. Verzoekster en haar behandelend medisch specialist kunnen niet begrijpen dat de kosten van de ingreep niet door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed.
- 3.3. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 6 augustus 2025 heeft verzoekster de commissie bij e-mailbericht van 10 augustus 2025 diverse verklaringen gestuurd van haar behandelend arts in België. Daarnaast is door verzoekster een document overgelegd waarin beknopt wordt uiteengezet wat er in haar lange medische voorgeschiedenis allemaal is gebeurd. Aanleiding voor de operatieve ingreep waren pijnklachten in de rug met uitstraling naar het linkerbeen en een dof gevoel in de tenen. Na de operatie resteert alleen nog het doffe gevoel in de tenen door een zenuwbeschadiging. Dit kan blijvend zijn of over een langere periode herstellen, maar dit laatste is niet zeker.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij al langere tijd ernstige rugklachten had. Ondanks de inname van zware pijnmedicatie kon zij zich bijna niet voortbewegen. De medisch specialisten in Nederland konden weinig voor verzoekster doen, anders dan tot de conclusie komen dat geen sprake was van een hernia en pijnmedicatie voorschrijven. Uiteindelijk is verzoekster terechtgekomen bij de Belgische arts die haar wél kon helpen. Nadat de operatieve ingreep had plaatsgevonden, zijn wel enkele complicaties opgetreden, waardoor het ziekenhuisbezoek langer duurde dan gepland. Ten slotte is bijna alles goed gekomen en kon verzoekster weer veel dingen doen die zij in de jaren daarvoor niet had gekund. De Belgische arts heeft ervoor gezorgd dat de kwaliteit van leven van verzoekster sinds de operatie enorm is verbeterd. Dat de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut zich op het standpunt stellen dat de ingreep niet zou werken is voor verzoekster onbegrijpelijk, aangezien zij zelf hiervan het levende bewijs is.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster in totaal drie keer is geopereerd op niveau L5-S1 en een keer op niveau L4-5, telkens linkszijdig. Het grootste probleem waarmee zij vóór de laatste behandeling kampte was discopathie met hoogteverlies en fibrosevorming rondom de zenuwwortel. Fibrosevorming is littekenvorming en ontstaat in meer of mindere mate na een operatie. Ook als de littekenvorming wordt verwijderd, zal deze op enig moment terugkomen. Gelet op de problematiek is in feite sprake van Failed Back Surgery Syndrome. Deze diagnose wordt ook erkend door haar behandelend arts.
- 4.2. Failed Back Surgery Syndrome is een verzamelnaam voor aanhoudende of terugkerende rug- en/of beenpijn na één of meerdere rugoperaties. Binnen de beroepsgroep is algemeen aanvaard dat

opnieuw opereren bij Failed Back Surgery Syndrome geen zin heeft en dat de behandeling gericht moet zijn op pijnbestrijding en het verbeteren van het functioneren. Dit kan plaatsvinden door middel van pijneducatie, medicatie, fysiotherapie, revalidatie, psychologische begeleiding en invasieve pijnbestrijdingstechnieken (epidurale infiltraties, epidurale adhesiolyse, neuromodulatie, zenuwblokkades). Verzoekster heeft echter in België een fusie en decompressie operatie ondergaan. Uit een door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerde literatuursearch blijkt niet dat deze ingrepen een meerwaarde hebben ten opzichte van de reguliere behandelmethoden. Ook de richtlijn 'Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie' geeft duidelijk aan dat er geen bewijs is voor het uitvoeren van een spondylodese. Gelet op het voorgaande concludeert de ziektekostenverzekeraar dat de ingrepen die verzoekster in België heeft laten uitvoeren niet voldoen aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk'.

- 4.3. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 6 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 2 september 2025 toegelicht dat het Zorginstituut de taak heeft om in de onderhavige kwestie een advies te formuleren over de wetenschappelijke stand van zaken met betrekking tot de medische inhoud van de behandeling. Dat wil zeggen onafhankelijk van hoe het standpunt van de ziektekostenverzekeraar tot stand is gekomen. Voor een onderbouwing van het standpunt dat een fusie en decompressieoperatie niet voldoen aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk' verwijst de ziektekostenverzekeraar naar zijn eerdere brief van 12 juni 2025.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat bij verzoekster in België twee verschillende ingrepen zijn uitgevoerd. De eerste ingreep betreft een fusie en decompressieoperatie op niveau L5-S1. De reden dat deze ingreep bij verzoekster is uitgevoerd is dat bij haar sprake was van fibrosevorming rondom de zenuwwortel. In feite was sprake van Failed Back Surgery Syndrome. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat revisiechirurgie bij deze indicatie niet effectiever is dan conservatieve behandelingen. Daarmee voldoet de eerste operatie niet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Naast de fusie en decompressie op niveau L5-S1 is bij verzoekster een laminectomie op niveau L3-L4 uitgevoerd. Uit de overgelegde stukken kan niet worden geconcludeerd dat bij haar sprake was van een verzekeringsindicatie voor een operatieve ingreep. Met name is niet gebleken dat verzoekster voorafgaand aan de ingreep conservatief is behandelend. Daar komt bij dat de klachten die verzoekster heeft beschreven niet passen bij het uitvoeren van een laminectomie, omdat bij haar geen neurologische afwijkingen zijn geconstateerd. Gelet hierop heeft de ziektekostenverzekeraar het standpunt ingenomen dat een laminectomie bij de indicatie van verzoekster niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk'. Het Zorginstituut betoogt op basis van dezelfde informatie dat niet is aangetoond dat sprake is van een verzekeringsindicatie voor een laminectomie. De interpretatie is misschien een andere, maar de conclusie is hetzelfde: een laminectomie bij de indicatie van verzoekster is geen verzekerde zorg. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar eerst tijdens deze hoorzitting vernomen dat bij verzoekster complicaties zijn opgetreden. De ziektekostenverzekeraar is bereid om te onderzoeken of de hieraan verbonden extra kosten mogelijk kunnen worden vergoed.
- 4.5. Bij brief van 9 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat uit de door verzoekster na de zitting overgelegde informatie blijkt dat ten aanzien van de opgetreden complicaties geldt dat zij redelijkerwijs niet kon terugkeren naar Nederland. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de hiermee gemoeide kosten zal vergoeden. Het betreft een bedrag van totaal € 6.450,65. Opgemerkt dient te worden dat de ziektekostenverzekeraar de eveneens bij verzoekster in rekening gebrachte kosten voor extra honoraria of erelonen niet vergoedt, omdat het hierbij niet-verzekerde ereloonsupplementen betreft.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 4 augustus 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Stand van de wetenschap en praktijk

Voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk van een fusie en decompressie-operatie wordt uit de ontvangen informatie onvoldoende duidelijk op welke trefwoorden verweerder heeft gezocht bij het literatuuronderzoek, welke wetenschappelijke literatuur is gevonden en waarom dit vervolgens heeft geleid tot het oordeel van verweerder.

Indicatie

Uit de beschikbare informatie blijkt dat er vier eerdere operaties aan de lage rug zijn verricht zonder voldoende resultaat, waarvan drie op hetzelfde niveau. Het dossier bevat geen nadere toelichting op de eerder uitgevoerde operaties. Hiernaast is slechts summiere informatie aanwezig van de orthopedisch chirurg over de voorgeschiedenis van verzoekster en welke andere conservatieve en multidisciplinaire behandelingen in het verleden al hebben plaatsgevonden. Ook ontbreekt informatie over de speciële anamnese van de huidige klachten (ernst, locatie, triggermomenten, afname van klachten, uitstraling, uitvalsverschijnselen) en de uitslag van het beeldvormend onderzoek. Daardoor kan niet bepaald worden of en zo ja, hoe deze klachten gerelateerd zijn aan de gestelde diagnose door middel van beeldvormend onderzoek. Tot slot ontbreekt een specifiek behandelplan op wervelniveau. Hierdoor kan ook niet bepaald worden of er een indicatie was voor de aangevraagde fusie en decompressie-operatie bij verzoekster met FBSS, of wellicht SCS.

Nader onderzoek

Verweerder heeft zijn afwijsggrond met betrekking tot de stand van de [indicatie heeft. Hiervoor ontbreekt informatie in het dossier. De volgende] wetenschap en praktijk onvoldoende onderbouwd. Als de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk beoordeelt het Zorginstituut vervolgens of verzoekster een [indicatie heeft. Hiervoor ontbreekt informatie in het dossier.][De volgende] informatie dient aan het dossier toegevoegd te worden:

- *Een gedetailleerde onderbouwing van verweerder ten aanzien van het standpunt dat de aangevraagde operatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk;*
- *De voorgeschiedenis van verzoekster, informatie over eerdere chirurgische conservatieve, niet-conservatieve behandelingen en multidisciplinaire behandelingen;*
- *Volledige speciële anamnese van de huidige klachten (ernst, locatie, triggermomenten, afname van klachten, uitstraling, uitvalsverschijnselen enzovoort);*
- *De uitslag van het beeldvormend onderzoek;*
- *Het behandelplan op wervelniveau.*

Het advies

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

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 5 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Nader onderzoek

Aan het dossier zijn enkele documenten toegevoegd. In deze documenten wordt de voorgeschiedenis van verzoekster vermeld, met informatie over eerdere conservatieve en chirurgische behandelingen en eventuele multidisciplinaire behandelingen. Er is informatie verstrekt over de huidige klachten, lichamelijk onderzoek, beeldvormend onderzoek en het behandelplan op wervelniveau. Er is enige discrepantie tussen de verklaringen van verzoekster en de brieven van de behandelend arts met betrekking tot de locatie van de aandoening: verzoekster

geeft aan dat dit lumbaal meerdere malen rechts was. De behandelaar beschrijft in de brief van 16 november 2024 dat het lumbaal vooral links was. Er is geen duidelijke registratie van (tijdstippen van de) uitgevoerde conservatieve therapie en de resultaten daarvan in aanloop naar de operatie.

Aangezien de lumbale stenose op L3-4 een nieuwe niet eerder gestelde diagnose is, is hierbij geen sprake van FBSS. De indicatie voor laminectomie op dat niveau zal dan ook later in de beoordeling apart worden besproken.

Stand van de wetenschap en praktijk heroperatie FBSS (fusie L5/S1)

Het in het Bzv 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 evidence-based medicine (EBM). Hierbij wordt op gestructureerde wijze een literatuuronderzoek gedaan naar wetenschappelijke studies naar de te beoordelen behandeling.

Een positieve ervaring van één of enkele patiënten en behandelaars met een bepaalde behandeling is niet voldoende om te kunnen vertrouwen op de effectiviteit van een behandeling. De relatieve effectiviteit (effect van de nieuwe behandeling vergeleken met de standaardbehandeling) moet namelijk ook zijn aangetoond in goed opgezette wetenschappelijke studies.

In dit geschil wordt de effectiviteit van chirurgie bij FBSS vergeleken met de effectiviteit van een geaccepteerde standaardbehandeling zoals conservatieve behandeling (zoals medicatie, fysiotherapie). Voor wat betreft toepassing in de praktijk blijkt dit veelal uit (onderbouwde) richtlijnen, consensusdocumenten of zorgstandaarden.

In eerste instantie is het aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Uit het dossier is niet op te maken of verweerder dit specifiek heeft gedaan dan verwijzing naar richtlijnen. Essentiële details van het literatuuronderzoek wat is gedaan door de adviserend geneeskundige (zoals de zoekopdracht) zijn niet nader omschreven. Hoe het literatuuronderzoek derhalve bijdraagt aan de conclusie dat de zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is niet navolgbaar.

Definitie failed back surgery syndroom (FBSS)

Het Failed Back Surgery Syndrome (FBSS) is een vrij pluriform beeld, meestal gedefinieerd als persisterende pijnklachten na eerdere rugchirurgie. Met de term FBSS wordt in de klinische praktijk meestal het beeld bedoeld van patiënten die een- of meermalen lumbosacrale chirurgie hebben ondergaan, geen pijnvermindering hiervan hebben ondervonden dan wel binnen een jaar opnieuw vergelijkbare pijnklachten hebben, algemeen aanvaard geen overtuigend chirurgisch succesvol behandelbaar onderliggend probleem hebben waarbij tevens in aanmerking wordt genomen dat de kans op succes duidelijk afneemt bij herhaalde chirurgie. Het wordt ook wel ‘Post Surgical Pain Syndrome’ (PSPS) of ‘postdiscectomie syndroom’ genoemd.

(...)

Conclusie richtlijnen en literatuuronderzoek

De gevonden richtlijnen geven aan dat revisie chirurgie bij FBSS verre van de eerste optie is. Eerst moeten andere conservatieve behandelingen en een revalidatie behandelprogramma zijn uitgevoerd, waarna minimaal invasieve behandelingen zoals SCS of adhesiolyse de beste resultaten lijken te geven.

De conclusie uit de gevonden literatuur was dat er geen bewijs is dat revisiechirurgie bij FBSS (fusie, laminectomie, foraminotomie, discectomie etc.) effectiever is dan conservatieve behandeling. Daarmee voldoet revisiechirurgie bij FBSS niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Beoordeling operatie-indicatie voor operatie (laminectomie L3-L4)

Eerder is al aangegeven, dat de lumbale stenose bij verzoeker ter hoogte van L3-L4 nieuw was. Hier was dus geen sprake van FBSS en dus ook niet van heroperatie. De vraag in geschil is of er een operatie-indicatie was.

In de specialistenrichtlijn Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie wordt over lumbosacrale stenose (LSS) het volgende aangegeven: Het klinische syndroom omvat pijn of een oncomfortabel gevoel in de bil(len), heup(en) en het been(benen) al dan niet met rugpijn. Uitlokkende factoren zijn staande (gestrekte) positie, lopen en fietsen. Verlossende factoren zijn zitten, vooroverbuigen of bukken (flecteren lage rug). Bij een stenose van het lumbale centrale kanaal ontstaat het beeld van 'neurogene claudicatie' van de benen, waarbij in de regel geen specifiek wortelgebied kan worden aangegeven. Bij een vernauwing van de zenuwdoorgang op de plaats waar de beenzenuw aan de zijkant uit de wervelkolom treedt (recessusstenose), is een radiculair syndroom van pijn in een wortelgebied aanwezig. Er zijn geen specifieke lichamelijke verschijnselen of tests voor het stellen van de diagnose. De diagnose wordt gesteld op basis van het typische klinische verhaal en de radiologische bevestiging, bij voorkeur middels een MRI-scan, van een degeneratieve kanaalstenose. Er zijn geen uniforme goed gedefinieerde radiologische criteria voor een LSS.

Meten (of schatten) van de omvang van het spinale kanaal of vaststellen van de diameter van voor naar achter en het vaststellen van wortelcompressie in de laterale recessus of in het neuroforamen zijn de meest gebruikte methoden om een stenose aan te geven. Er is geen wetenschappelijk bewijs dat de ernst van de stenose op MRI correleert met de klachten. Het geschatte natuurlijke beloop van LSS is dat 1/3 (spontaan) verbetert, 1/3 gelijk blijft en 1/3 verergert.

In dezelfde richtlijn is de aanbeveling voor chirurgische behandeling als volgt: "Overweeg operatieve behandeling bij een patiënt met ernstige of progressieve klachten volledig passend bij LSS, met passende beeldvorming, bij niet succesvolle conservatieve behandeling."

Bij verzoekster was sprake van recidiverende/aanhoudende lumbo-ischialgie rechts, met een verminderde loopafstand en afwezige kniepeesreflexen. Er was dus geen sprake van ernstige of progressieve klachten. Op de MRI was zichtbaar dat er sprake was van een stenose graad C (ernstig) op niveau L3-L4 op basis van degeneratie met bulging disc en facetartrose. Hiermee zouden de verminderde loopafstand en de afwezige kniepeesreflexen kunnen worden verklaard. Er was echter bij lichamelijk onderzoek geen evident radiculair beeld (laségue was niet positief), en ook het EMG vertoonde geen afwijkingen. Daarbij is er geen wetenschappelijk bewijs dat de ernst van de stenose correleert met aangegeven klachten. Daarom moet volgens de richtlijn altijd eerst maximale conservatieve therapie (medicatie, fysiotherapie, injecties) uitgevoerd zijn. Het dossier bevat echter geen specifieke registratie van de gegeven conservatieve behandelingen, tijdstippen en resultaten, behoudens de vermelding (ongedateerd) van een epidurale spinale injectie.

Concluderend is er in het dossier onvoldoende informatie beschikbaar over de gevolgde conservatieve therapie en minimaal invasieve chirurgie, om de indicatie voor laminectomie vast te stellen bij de gevonden stenose op niveau L3-L4.

Conclusie

Het Zorginstituut concludeert dat fusiechirurgie van L5-S1 bij FBSS niet aan de stand van de

wetenschap en praktijk voldoet. Daarnaast is er op basis van de informatie in het dossier niet aangetoond dat verzoekster een verzekeringsindicatie heeft voor een laminectomie op niveau L3-L4.

Het advies

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

- Een fusie- en decompressieoperatie in verband met Failed Back Surgery Syndrome (FBSS) dan wel Post Surgical Pain Syndrome (PSPS), komt niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de basisverzekering.
- Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor een laminectomie op niveau L3-L4.”

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 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige zorg, de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ alsmede die uit Verordening (EG) nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval België - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is.
In het onderhavige geval heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn toestemming geweigerd omdat hij van mening is dat geen sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt. Dit omdat niet is voldaan aan het criterium van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.
De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van de verzekerde prestaties is beoogd. Om die reden zal zij eerst beoordelen of sprake is van dekking onder de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 7.3. De zorgverzekering biedt aanspraak op medisch-specialistische zorg. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Inhoud en omvang van de aanspraak op deze zorg worden bepaald door de criteria ‘plegen te bieden’ en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Voor zover aan deze criteria – die zijn terug te vinden in artikel 2.4, tweede lid, respectievelijk artikel 2.1, eerste lid, Bzv – is voldaan, is sprake van verzekerde zorg.
Verder is in artikel 2, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen dat een verzekerde slechts recht heeft op de verzekerde zorg als hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.1, derde lid, Bzv.
Uit de overgelegde stukken valt op te maken dat de op 24 februari 2025 bij verzoekster uitgevoerde operatie bestond uit fusiechirurgie op niveau L5-S1 en een laminectomie op niveau L3-4. De

behandelend arts heeft verklaard dat deze ingrepen noodzakelijk waren om de klachten van verzoekster te verhelpen. Volgens de Belgische arts werden deze klachten deels veroorzaakt door Failed Back Surgery Syndrome en deels door een stenose. Deze stenose was, anders dan genoemd syndroom, niet eerder gediagnostiseerd.

In het navolgende zal de commissie de fusiechirurgie en de laminectomie afzonderlijk van elkaar beoordelen.

Fusiechirurgie bij de indicatie Failed Back Surgery Syndrome (FBSS) of Post Surgical Pain Syndrome (PSPS) (niveau L5-S1)

- 7.4. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie met betrekking tot de vraag of fusiechirurgie in verband met FBSS dan wel PSPS voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 (hierna: het rapport) is zo'n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.
- 7.5. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat op systematische wijze gezocht en geselecteerd bewijs op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.

Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:

1. formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
2. systematische literatuursearch;
3. samenvatten van bewijs;
4. beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
5. van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.

Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.

- 7.6. Het Zorginstituut heeft in deze zaak een beoordeling uitgevoerd en het nader voorlopig advies van 6 november 2025 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut zet daarin allereerst uiteen dat in zowel de Nederlandse als de internationale

richtlijnen slechts een spaarzame onderbouwing te vinden is voor de effectiviteit van een hernieuwde operatie. Dit leidt tot de conclusie dat er geen duidelijk positief resultaat is van een chirurgische behandeling. Daarom wordt in de Nederlandse richtlijnen aanbevolen om bij FBSS of PSPS zeer terughoudend te zijn met spinale chirurgie en eerst alle mogelijkheden voor conservatieve therapie te benutten, zoals medicatie, fysiotherapie, gedragstherapie, injecties, en revalidatie. Ook wordt aanbevolen dat door een multidisciplinair team geïndiceerd wordt dat een operatie noodzakelijk is.

Daarnaast heeft het Zorginstituut op 2 oktober 2025 in de databases Embase, Medline en Cochrane Central een literatuuronderzoek uitgevoerd. Dit literatuuronderzoek leverde 170 artikelen op. Verreweg de meeste artikelen hadden betrekking op studies naar andere conservatieve behandelingen dan een heroperatie. Uiteindelijk bleven er zes referenties over uit de search, waarin chirurgische re-interventie bij FBSS het thema was. Slechts twee studies waren RCT's. Daarnaast waren er nog twee systematische reviews. Na analysering van de gevonden artikelen was de conclusie dat er geen bewijs is dat revisiechirurgie bij FBSS (fusie, laminectomie, foraminotomie, discectomie etc.) effectiever is dan conservatieve behandeling. Daarmee voldoet revisiechirurgie bij FBSS niet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Hetzelfde geldt voor PSPS.

De commissie ziet in de stellingen van verzoekster geen aanleiding om van deze conclusie af te wijken en neemt het advies van het Zorginstituut over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de uitgevoerde fusie op niveau L5-S1 ten laste van de zorgverzekering. Tevens werd verzoekster voor deze behandeling de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht onthouden.

Laminectomie (niveau L3-4)

- 7.7. Zoals eerder is opgemerkt, geldt dat de bij verzoekster vóór de ingreep aanwezige lumbale stenose ter hoogte van L3-4 nieuw was en niet eerder werd gediagnosticeerd. Dit betekent dan ook dat destijds geen sprake was van FBSS of PSPS en dus evenmin van een heroperatie. Een laminectomie in geval van een stenose op niveau L3-4 voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. De volgende vraag is dan of verzoekster hierop redelijkerwijs was aangewezen.

- 7.8. De commissie stelt vast dat in de specialistenrichtlijn 'Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie' het volgende is opgenomen:

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

Het Zorginstituut concludeert in het nader voorlopig advies van 6 november 2025 dat bij verzoekster sprake was van recidiverende/aanhoudende lumbo-ischialgie rechts, met een verminderde loopafstand en afwezige kniepeesreflexen. Er bestonden geen ernstige of progressieve klachten. Op de MRI was zichtbaar dat er sprake was van een stenose graad C (ernstig) op niveau L3-L4 op basis van degeneratie met bulging disc en facetartrose. Hiermee zouden de verminderde loopafstand en de afwezige kniepeesreflexen kunnen worden verklaard. Er was echter bij lichamelijk onderzoek geen evident radiculair beeld (laségue was niet positief), en ook het EMG vertoonde geen afwijkingen. Daarbij is er geen wetenschappelijk bewijs dat de ernst van de stenose correleert met aangegeven klachten. Daarom moet volgens de richtlijn altijd eerst maximale conservatieve therapie (medicatie, fysiotherapie, injecties) uitgevoerd zijn. Het dossier bevat echter geen specifieke registratie van de gegeven conservatieve behandelingen, tijdstippen en resultaten, behoudens de vermelding (ongedateerd) van een epidurale spinale injectie. Concluderend is er in het dossier onvoldoende informatie beschikbaar over de gevolgde conservatieve therapie en minimaal invasieve chirurgie, om de indicatie voor een laminectomie vast te stellen bij de gevonden stenose op niveau L3-4. Het voorgaande leidt ertoe dat het

Zorginstituut concludeert dat bij verzoekster geen sprake was van een verzekeringsindicatie voor de uitgevoerde laminectomie. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen reden om van de gemotiveerde conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt het advies over. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de bij verzoekster uitgevoerde laminectomie op niveau L3-4 niet hoeft te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Tevens werd haar voor deze behandeling de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht onthouden.

- 7.9. Ter zitting is naar voren gekomen dat tijdens de behandeling in België complicaties zijn opgetreden, met daaraan verbonden kosten voor verzoekster. Deze extra kosten vormen geen onderdeel van het verzoek, maar de ziektekostenverzekeraar heeft aangeboden na te gaan of vergoeding hiervan zou kunnen plaatsvinden. De commissie heeft er goede nota van genomen dat hij heeft besloten ter zake een bedrag van totaal € 6.450,65 te vergoeden. In deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar zal de commissie verder niet treden.

Slotsom

- 7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2026,

J.W. Heringa

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

LID 5 INHOUD EN OMVANG VAN ZORG

In deze polisvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt 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. Dit betekent dat wij alleen zorg vergoeden als door middel van wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaring is aangetoond dat de zorg effectief en veilig is. Daarbij geldt dat de zorg ook moet voldoen aan behandel- en kwaliteitsvoorwaarden die de betrokken beroepsgroep heeft vastgelegd in kwaliteitsdocumenten zoals (maar niet uitsluitend): protocollen, werkwijzers, waarborgendocumenten, beroepskaders en kwaliteitskaders.

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

Onder de zorg en diensten vallen ook de zorg en diensten die door de wetgever voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket. Welke zorg en diensten voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket is nader omschreven in artikel 19 van deze polisvoorwaarden.

LID 6 MET WELKE ZORGAANBIEDERS HEBBEN WIJ EEN CONTRACT?

Zie de [Zorgzoeker](#) op onze website om zorgverleners te zoeken met wie wij afspraken hebben gemaakt. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

Artikel 3 Werkgebied

Wij kunnen een zorgverzekering sluiten met of voor verzekeringsplichtigen die in Nederland wonen en met of voor verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen

Artikel 4 Begin van de zorgverzekering**LID 1 DATUM VAN INANGANG VAN DE VERZEKERING**

Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van één jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Voordat de zorgverzekering voor de eerste keer ingaat moeten wij een volledig ingevuld verzoek voor een zorgverzekering hebben ontvangen. De zorgverzekering waar deze polisvoorwaarden op van toepassing zijn gaat in op 1 januari 2025.

LID 2 ALTERNATIEVE INGANGSDATUM

Als u op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u heeft in uw verzoek aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, dan gaat de zorgverzekering op die latere datum in.

LID 3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg tot maximaal 80% van het wettelijke maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 17c Verblijf op medische indicatie na CAR-T-celtherapie

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden verblijf na CAR-T-celtherapie. Het gaat daarbij om vergoeding voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

De verblijfsvergoeding bedraagt maximaal € 91,- per nacht in week 3 en 4 na de initiële behandeling in het expertziekenhuis.

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn. Daarvan kan onder meer sprake zijn als een verblijf op een reisafstand van meer dan 60 minuten van het behandelende expertziekenhuis om medische redenen niet verantwoord is. De afstand wordt berekend per enkele reis op basis van de snelste route van het huisadres naar het expertziekenhuis, geen rekening houdend met actueel verkeer.

Er dient een mantelzorger 24 uur per verblijfsdag aanwezig te zijn die toezicht over u kan houden.

Duur

Het gaat om verblijf in week 3 en 4 na de initiële behandeling in het expertziekenhuis. De eerste twee weken na behandeling verblijft u, gezien de kans op complicaties, in het expertziekenhuis.

Artikel 18 Medisch-specialistische zorg

LID 1 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Onder de medisch- specialistische zorg onderscheiden we in deze polisvoorwaarden:

- a. medisch -specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch) (zie lid 2);
- b. behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);.
- c. Transgenderzorg (zie lid 4).

Voor de volgende vormen van medisch -specialistische zorg gelden aanvullende voorwaarden:

- a. Medisch-specialistische Rrevalidatie (zie artikel 23);
- b. Mondzorg geleverd door een kaakchirurg (zie artikel 33);
- c. Curatieve GGZ (zie artikel 37);
- d. Sportgeneeskunde (zie artikel 41).

LID 2 KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

Medisch-specialistische zorg met opname (klinische zorg)

Wij vergoeden een opname in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (instellingen voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 1.095 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf indien dit medisch noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg en de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1.095 dagen.

Medisch-specialistische zorg zonder opname (niet-klinische zorg)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door of onder directe aansturing van een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Meer informatie vindt u op onze website.

Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, physician assistant (werkzaam in de medisch-specialistische zorg) of verpleegkundig specialist (werkzaam in de medisch- specialistische zorg).

In enkele specifieke gevallen volstaat verwijzing door andere zorgverleners, namelijk van een:

- a. Jeugdarts conform het protocol van de beroepsgroep jeugdartsen;
- b. Bedrijfsarts in geval van arbeidsgerelateerde aandoeningen;
- c. Verloskundige in geval zwangerschap of bevalling en uitsluitend naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen post partum of naar de KNO-arts voor het klieven van het tongriempje;
- d. Tandarts / orthodontist naar de kaakchirurg;
- e. GGD-arts voor aanvragen laboratoriumdiagnostiek in verband met infectieziektebestrijding (IZB) of tuberculose (TBC);
- f. GGD-arts voor doorverwijzen in geval van TBC of een SOA;
- g. Klinisch fysicus audioloog naar de KNO-arts;
- h. Klinisch technoloog naar de KNO-arts;
- i. Triage-audicien naar de KNO-arts;
- j. Optometrist/orthoptist naar de oogarts;
- k. RIVM-arts naar de kinderarts.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door of onder supervisie van een medisch specialist.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief. Voor kaakchirurgie gelden andere voorwaarden, zie hierover artikel 33 lid 4.3 van deze polisvoorwaarden.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslakte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

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

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