

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400492

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C. te B,

en

- 1) CZ 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 brief van 22 juli 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 juli 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 7 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Op 8 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Kopieën van deze brieven zijn, eveneens op 8 augustus 2024, aan verzoeker gezonden.
- 1.3. Bij brief van 18 september 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024030755) aan de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. Een kopie hiervan is op 19 september 2024 aan partijen gestuurd. Verzoeker is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, te laten uitvoeren. Bij e-mailbericht van 9 oktober 2024 heeft verzoeker een verklaring van de orthopedisch chirurg van 3 oktober 2024 overgelegd. Bij e-mailbericht van 11 oktober 2024 heeft verzoeker een verklaring van de behandelend orthopedisch chirurg van 10 oktober 2024 aangeleverd. Deze verklaringen zijn op respectievelijk 10 en 15 oktober 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, met de mogelijkheid hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 29 oktober 2024 op de nagekomen stukken gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op dezelfde dag ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 29 oktober 2024 heeft de commissie aan het Zorginstituut kopieën van de nagekomen stukken gezonden met de vraag een voorlopig advies uit te brengen. Bij brief van 18 november 2024 heeft het Zorginstituut een voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 19 november 2024 aan partijen gezonden, waarbij hen de gelegenheid is geboden daarop te reageren. Verzoeker heeft van die mogelijkheid geen gebruik gemaakt; de ziektekostenverzekeraar heeft dat wel gedaan bij brief van 27 november 2024. Een afschrift van deze reactie is op 28 november 2024 aan verzoeker gestuurd.

- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.6. Na de hoorzitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie aan te leveren. Bij e-mailbericht van 7 januari 2025 heeft verzoeker een verklaring van de behandelend arts in België overgelegd van dezelfde datum. Dit stuk is bij brief van 9 januari 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 januari 2025 op het nagekomen stuk gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 14 januari 2025 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 14 januari 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 18 november 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 24 februari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Dit advies is op 25 februari 2025 aan partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Bij brief van 11 maart 2025 heeft het Zorginstituut meegedeeld dat in het definitief advies van 24 februari 2025 een onjuiste zinsnede is opgenomen. Deze aanpassing is op 12 maart 2025 aan partijen gezonden. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid op het definitief advies te reageren.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering 50+ (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft al jarenlang rugklachten en heeft in verband hiermee in het verleden een spondylodese ondergaan. In 2023 heeft hij zich gewend tot een orthopedisch chirurg in Antwerpen, België. Deze heeft op 22 augustus 2023 bij verzoeker de volgende ingreep uitgevoerd: "verwijderen osteosynthesemateriaal na spondylodese L3S1 + decompressie L2L3". De nota hiervan, ten bedrage van € 4.143,32, heeft verzoeker ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. Bij brieven van 7 augustus 2023, 24 augustus 2023, 15 september 2023 en 4 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de in Antwerpen uitgevoerde ingreep niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 5 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 18 september 2024 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten doen. De uitkomst hiervan is bij brief van 29 oktober 2024 aan het Zorginstituut gestuurd.
- 2.6. Bij brief van 18 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 24 februari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Bij brief van 11 maart 2025 heeft het Zorginstituut hierop een aanpassing gedaan.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Antwerpen uitgevoerde ingreep alsnog, in ieder geval gedeeltelijk, te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft in zijn brief aan de commissie van 22 juli 2024 toegelicht dat hij op 23 januari 2020 een spondylodese heeft ondergaan in Nederland. Tijdens deze operatie zijn verschillende bouten en schroeven en een staalplaat in zijn rug gezet. Na de operatie heeft verzoeker in de loop van de jaren steeds meer pijnklachten gekregen in de onderrug. De huisarts heeft hiervoor pijnmedicatie voorgeschreven en verzoeker verwezen naar de fysiotherapeut. Verzoeker is, nadat iemand hem dit had aangeraden, op 22 juni 2023 naar een orthopedisch chirurg in Antwerpen gegaan voor een consult. Deze heeft hem naar aanleiding van de gemaakte scan verteld dat de rechter SI-schroef helemaal los zat en de L5-schroef aan de rechterkant los leek te zitten. Deze losse schroeven hadden schade aangericht in de rug van verzoeker. De orthopedisch chirurg was van oordeel dat hierdoor een deel van de pijn werd veroorzaakt. Hij is overgegaan tot verwijdering van dit materiaal, waarna de rugpijn geheel is verdwenen. Verzoeker kan niet beter lopen dan voorheen, en de uitstraling naar de benen bestaat nog. Verzoeker weet dat dit niet meer gaat verbeteren, maar doordat hij nu geen pijn meer heeft bij het lopen en zitten, voelt het leven voor hem een stuk prettiger. Zijn huisarts heeft schriftelijk aan de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat de pijnklachten na de operatie grotendeels zijn verdwenen, en ook dat hij in het verslag van de orthopeed geen ongerijmdheden ziet.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij in 2020 aan zijn rug is geopereerd. Hij bleef hier last van houden en kwam een bekende tegen die hem adviseerde naar de arts in België te gaan. Hij heeft gebeld en een afspraak gemaakt. Toen is hij bij de arts geweest die hem zei te kunnen helpen omdat twee of drie schroeven los zaten. Hij heeft hier niet over nagedacht en gezegd dat dit goed was. De ingreep heeft erg geholpen. Hij is nu van de pijn af. Door de arts is gezegd dat de operatie met schroeven, zoals uitgevoerd in Nederland, verouderd is. De Nederlandse arts heeft hem later gezegd dat hij terug had moeten komen als hij klachten had, maar hij had geen vertrouwen meer in hem. Dit durfde hij echter niet te zeggen omdat zijn echtgenote bij hem onder behandeling was. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut blijkt dat een deel van de kosten wel moet worden vergoed, en een ander deel niet. Dat begrijpt hij niet. Hij is intussen wel van de pijn van zijn rug af. Er is geconstateerd dat er een hernia was. De rug is vastgezet en daardoor had hij altijd pijn. Hij had voor de ingreep met schroeven ook al last, en in dat verband kreeg hij pijninjecties.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 7 januari 2025 heeft verzoeker een bericht van de Belgische arts van dezelfde datum gestuurd. Dit bericht luidt, voor zover hier van belang:

"1. Op de CT-scan van 26.6.23 is heel duidelijk te zien dat de schroef op het niveau van het S1-gebied aan de rechterkant helemaal loszat.

2. De evolutieve stenose op het bovenliggend niveau diende mee te worden opgelost omdat er duidelijk klachten bestonden van neurogene claudicatio met een maximum comfortabele loopafstand van enkele tientallen meters preoperatief, wat wees op een evolutieve neurogene claudicatio."

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de bij verzoeker uitgevoerde ingreep niet voor vergoeding in aanmerking komen. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 5 februari 2024 aangevoerd dat volgens de orthopeed op de CT-scan een status na L3-S1 spondylodese was te zien. Op het L5-S1 niveau bestond een vermoeden van een onvolledige consolidatie en zat de rechter SI-schroef helemaal los. Ook de L5-schroef aan de rechterkant leek

los te zitten. Dit alles deed de behandelend arts vermoeden dat er mogelijk een pseudoartrose op dit niveau aanwezig was. Verder was een stenose te zien op niveau L2-L3 met aan beide kanten vernauwing van de laterale recessus. In het verslag van de radioloog wordt echter geen loslating van de schroeven beschreven. Er wordt juist opgemerkt dat sprake is van een goede stand en fixatie. Wel worden veel locoregionale scanartefacten gezien, waardoor de beoordeling sterk werd bemoeilijkt. Verder is volgens het verslag sprake van een degeneratieve discusbuiging op L2-3 met lichte tot matige weerslag op het centrale spinale kanaal en de neuroforamina. Aangezien de rugklachten met uitstraling - gelet op de informatie van de huisarts - al vele jaren bestonden, is het niet logisch dat deze konden worden verklaard door losse schroeven van de eerdere operatie. Daarbij werden er door de radioloog geen losse schroeven gezien. Ook zijn geen klachten of symptomen beschreven die passen bij het niveau L2-3. Uit de beschikbare gegevens blijkt daarom volgens de ziektekostenverzekeraar geen medische indicatie voor de inmiddels uitgevoerde ingreep. Daarnaast heeft de huisarts de verwijzing achteraf gegeven. Verzoeker had namelijk al een afspraak gemaakt bij de orthopeed in Antwerpen. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat uit de beschikbare gegevens geen indicatie blijkt voor het verwijderen van osteosynthesemateriaal en een decompressie op niveau L2-3. Vergoeding van de kosten is dan ook helaas niet mogelijk.

- 4.2. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 21 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat het medisch inhoudelijk niet nodig is om informatie over de bevindingen op de CT-scan na te vragen. In dat geval zou de radioloog gevraagd moeten worden wat hij vindt van het standpunt van de orthopeed hierover. Medisch inhoudelijk doet het er weinig toe of er wel of geen losse schroeven aanwezig waren. Er wordt getoetst of er een indicatie aanwezig was voor een operatie op basis van de gegevens die bekend zijn voorafgaand aan de operatie.
- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 7 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hetgeen in deze procedure door verzoeker is ingebracht niet leidt tot een ander standpunt. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker blij is met het resultaat van de ingreep, maar dit maakt niet dat hiervoor ook een indicatie bestond.
- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 27 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut, aanvullend verklaard dat de vraag is of de klachten volledig passend zijn bij LSS. Bij een vernauwing van de laterale recessus of de neuroforamina verwacht men ook pijnklachten of andere symptomen passend bij druk op de zenuwwortel op dat niveau. Daarvan lijkt geen sprake. Er wordt ook niet beschreven dat vooroverbuigen verlichting van de klachten geeft. Verzoeker is ook bekend met een chronische idiopathische axonaal neuropathie. Het is onduidelijk in hoeverre de brandende, pijnlijke benen (zoals op 14.4.2023 wordt beschreven) een gevolg zijn van deze aandoening of meer een gevolg zijn van een probleem in de wervelkolom. Het lijkt daarom voor een dergelijke operatie zinvol om eerst eens een neuroloog om advies te vragen. Ook ziet de ziektekostenverzekeraar geen declaraties fysiotherapie meer na juni 2022 (teruggekeken vanaf operatiedatum). De vraag is of er een goede conservatieve behandeling heeft plaatsgevonden, aangezien het ook bij het laatste bezoek in het Bravisziekenhuis beter leek te gaan. Op basis hiervan lijkt er geen medische indicatie voor een decompressie L2/3 te zijn. Er is geen sprake van ernstige/progressieve klachten volledig passend bij LSS, met passende beeldvorming, bij niet-succesvolle conservatieve behandeling. Gezien het voorgaande leidt het voorlopig advies van het Zorginstituut niet tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de medisch adviseur heeft verklaard dat er geen indicatie wordt gezien voor beide ingrepen. Dat verzoeker van de klachten af is, maakt ook niet dat er dus een indicatie was. De klachten waren er al voordat de schroeven werden geplaatst. Dan is het vreemd dat de klachten weg zijn als de schroeven worden verwijderd. De medisch adviseur ziet het anders dan het Zorginstituut. Het Zorginstituut neemt te snel een indicatie aan, en hierover is al eerder geschreven.

- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 januari 2025 verklaard dat de door verzoeker ingestuurde informatie een korte brief betreft van de orthopeed. Dit terwijl tijdens de hoorzitting is besproken dat het juist relevant was om alsnog informatie te ontvangen waarin een radioloog beoordeelt of op basis van de foto's te zien is of de schroeven los zaten. Die informatie ontbrak namelijk in het dossier. Die informatie heeft de ziektekostenverzekeraar echter nog steeds niet ontvangen. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft ook meegedeeld dat de klachten niet goed door de orthopeed worden beschreven. Er wordt enkel gesteld dat er sprake is van een neurogene claudicatio. Ook wordt er verder niets aangegeven over de conservatieve behandeling.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. Bij brief van 18 september 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, meegedeeld:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verzoeker is sinds 2008 bekend met uitgebreide degeneratieve afwijkingen op het niveau L3-L4 en L4-L5 met irradiatie naar de benen. Conservatieve therapie (medicatie, fysiotherapie, pijninjecties bij een pijnteam) bracht geen blijvende verbetering. In 2020 onderging verzoeker [een] TLIF-spondylodese op niveau L3-S1. Aangezien de klachten van pijn in de onderrug en benen persisterden, bezocht verzoeker in 2021 vanwege FBSS het pijnteam voor neuromodulatie. Ook nu persisterden de klachten van de onderrug en de benen. Daarnaast werd ook een chronische idiopathische axonale polyneuropathie (CIAN) vastgesteld. De door de orthopedisch chirurg gestelde diagnose was een pseudartrose en losliggende schroeven (rechts) na eerdere spondylodese op niveau L5-S1. Ook was volgens de orthopedisch chirurg sprake van een (nieuwe) lumbale stenose op L2-L3.

Pseudartrose en/of losliggende schroeven kunnen een indicatie voor revisiechirurgie vormen. Het klinische beeld en de beeldvorming (CT) moeten dit echter aantonen. Het verslag van de CT-scan van radioloog en de interpretatie van de CT-scan door de orthopedisch chirurg verschillen op dit punt van elkaar:

- *Volgens de radioloog is sprake van een goede stand en fixatie van transpediculaire schroeven in L3-L4-L5-S1 met intervertebrale schijfopvulling. Er zijn locoregionale scanartefacten door het osteosynthesemateriaal met sterk bemoeilijkte beoordeling. Vermoedelijk is er ook een locoregionale postoperatieve wekedelen verplaatsing op deze niveaus met plaatselijk moeilijke aflijning van de durazak, alsmede lichte tot matige degeneratieve vernauwing van de overeenkomstige neuroforamina.*
- *De orthopedisch chirurg meldt status na L3-S1-spondylodese. Op het L5-S1-niveau is er minstens een vermoeden van een onvolledige consolidatie. De L5-schroef aan de rechterkant lijkt los, en de rechter S1-schroef is helemaal los met lokaal een uitgebreide botreactie. De chirurg vermoedt dat er mogelijk een pseudartrose is op L5-S1 en denkt dat het osteosynthesemateriaal op die plaats patiënt veel hinder kan bezorgen.*

Ook restenose kan een indicatie zijn voor revisie chirurgie na een eerdere spondylodese. In het geval van verzoeker bevindt de vermoede nieuwe stenose zich boven het eerdere spondylodese gebied L3-S1, namelijk L2-L3. Dit is een complicatie die echter regelmatig voorkomt, omdat bij een spondylodese het niveau of de niveaus die samenhangen met de klachten wordt/worden vastgezet, en daardoor het risico bestaat dat de druk op aangrenzende niveaus bij beweging of belasting van de wervelkolom toeneemt, waardoor na enkele jaren versnelde degeneratie op aangrenzende niveaus optreedt: de zogenaamde Adjacent Segment Disorder/Disease (ASD). Ten aanzien van deze nieuwe stenose beschrijft de radioloog een degeneratieve disc bulging op niveau L2-L3 met lichte tot matige weerslag op het centraal spinaal kanaal en de neuroforamina. De orthopedisch chirurg spreekt van een stenose op het L2-L3-niveau met aan de beide kanten vernauwing op

de laterale recessus. Er wordt door de orthopedisch chirurg geen relatie gelegd met specifieke klachten van verzoeker die met deze bevindingen zouden samenhangen.

Beoordeling

Er is sprake van een discrepantie tussen het verslag van de radioloog van de CT-scan van 26 juni 2023 en de interpretatie van dezelfde CT-scan door de orthopedisch chirurg in zijn brief van 27 juni 2023, met betrekking tot het resultaat en de actuele situatie van de spondylodese L3-S1. Vanwege de beoordeling van deze situatie stelt de orthopedisch chirurg voor om het osteosynthesemateriaal in de onderrug te verwijderen. Tevens stelt de chirurg voor om een microscopische decompressie van het L2-L3-niveau uit te voeren, maar de orthopedisch chirurg laat na om aan te geven voor welke klachten van verzoeker dit onderdeel van de voorgestelde ingreep noodzakelijk is. Het Zorginstituut kan derhalve op grond van de informatie in het dossier niet beoordelen of er een indicatie was voor de beide onderdelen van de revisiechirurgie, namelijk 1) verwijderen van het osteosynthesemateriaal uit de onderrug; en 2) uitvoeren van een microscopische decompressie op niveau L2-L3.

Nader onderzoek

Er dient informatie aan het dossier toegevoegd te worden met betrekking tot de indicatie van verzoeker:

- Een herbeoordeling van de CT-scan van 26 juni 2023, bijvoorbeeld door een onafhankelijk expert, zodat duidelijk wordt wat de situatie was ten aanzien van de spondylodese L3-S1.
- Een onderbouwing van de behandelend orthopedisch chirurg, onder meer vanuit het medisch dossier, op grond van welke klachten verzoeker was aangewezen op het tweede deel van de operatie; de microscopische decompressie op niveau L2-L3.

Het advies

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

- 5.2. In het voorlopig advies van 18 november 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De uitgevoerde operatie bij verzoeker bestond uit twee onderdelen, 1) verwijderen van het osteosynthesemateriaal uit de onderrug; en 2) uitvoeren van een microscopische decompressie op niveau L2-L3. Deze ingrepen worden als twee afzonderlijke behandelingen beschouwd, die elk ook los van elkaar kunnen worden uitgevoerd. Het Zorginstituut beoordeelt derhalve in dit advies voor elke behandeling apart of verzoeker hier redelijkerwijs op is aangewezen.

Indicatie verwijderen van het osteosynthesemateriaal

Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies d.d. 17 september 2024 gevraagd of de CT-scan van 26 juni 2023 opnieuw kon worden beoordeeld door een onafhankelijk expert, zodat duidelijk wordt wat de situatie is t.a.v. de spondylodese L3-S1. Uit de aanvullende informatie blijkt niet dat dit is gebeurd. Met het ontbreken van deze informatie, kan niet beoordeeld worden of verzoeker een indicatie had voor het eerste deel van de uitgevoerde operatie: verwijdering van het osteosynthesemateriaal op niveau L3-S1.

Indicatie microscopische decompressie

Ten tweede heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies d.d. 17 september 2024 gevraagd of de behandelend orthopedisch chirurg kon aangeven, en op basis van het medisch dossier kon onderbouwen, op grond van welke klachten verzoeker was aangewezen op de microscopische decompressie operatie. De orthopedisch chirurg heeft in de brief d.d. 10 oktober 2024 aangegeven wat de relatie is tussen de klinische klachten van verzoeker ("... dat patiënt een klachtenpatroon

had van een neurogene claudicatio met een in de benen optredend zwaartegevoel na een relatief korte loopafstand van slechts enkele tientallen meters. Ook stilstaan ging slechts voor een zeer beperkte tijd.") en de stenose op niveau L2-L3.

Het Zorginstituut merkt op dat de door de behandelend orthopedisch chirurg genoemde klachten bij de decompressie op niveau L2-L3 passen. Zoals in het voorlopig advies d.d. 17 september 2024 reeds beschreven (zie hierboven), moet beeldonderzoek dit dan wel ondersteunen. Ook is reeds aangegeven dat volgens de radioloog sprake was van een degeneratieve discbulging op L2-3 met lichte tot matige weerslag op het centrale spinale kanaal en de neuroforamina. Daarnaast is omschreven dat een stenose boven een eerdere spondylodese een complicatie is die regelmatig voorkomt. Dit komt omdat bij een spondylodese het niveau of de niveaus die samenhangen met de klachten wordt/worden vastgezet. Daardoor bestaat het risico dat de druk op aangrenzende niveaus bij beweging of belasting van de wervelkolom toeneemt, waardoor na enkele jaren versnelde degeneratie op aangrenzende niveaus optreedt: de zogenaamde Adjacent Segment Disorder/Disease (ASD). Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat de indicatie voor het tweede deel van de operatie, het uitvoeren van een microscopische decompressie op niveau L2-L3, voldoende is aangetoond.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzoeker een indicatie had voor verwijdering van het osteosynthesemateriaal op niveau L3-S1 (het eerste onderdeel van de operatie). Wel kan geconcludeerd worden dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een microscopische decompressie op niveau L2-L3 (tweede onderdeel van de operatie). De microscopische decompressie op niveau L2-L3 komt derhalve 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: De indicatie voor verwijdering van het osteosynthesemateriaal op niveau L3-S1 is onvoldoende aangetoond en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Verzoeker is wel redelijkerwijs aangewezen op de microscopische decompressie op niveau L2-L3 en kan aanspraak maken op vergoeding hiervan ten laste van de basisverzekering."

- 5.3. In het gerectificeerde definitief advies van 11 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verwijderen van het osteosynthesemateriaal uit de onderrug

Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies d.d. 17 september 2024 gevraagd of de CT-scan van 26 juni 2023 opnieuw kon worden beoordeeld door een onafhankelijk expert, zodat duidelijk wordt wat de situatie is t.a.v. de spondylodese L3-S1.

Op basis van de reactie van de orthopeed d.d. 7 januari 2015 is niet aangetoond dat sprake was van een indicatie voor verwijdering van het osteosynthesemateriaal op niveau L3-S1. Dit betreft namelijk geen onafhankelijke beoordeling zodat nog steeds onduidelijk is wat de situatie was t.a.v. de spondylodese L3-S1.

Microscopische decompressie op niveau L2-L3

Volgens verweerder is het onduidelijk of de gepresenteerde klachten van verzoeker volledig passen bij de diagnose LSS. Het dossier bevat geen informatie over verlossende factoren van LSS, zoals voorover buigen. Bij een vernauwing van de laterale recessus of de neuroforamina verwacht verweerder ook pijnklachten of andere symptomen passend bij druk op de zenuwwortel op dat niveau. Ook vraagt verweerder zich af of de klachten niet ook kunnen passen bij de chronische idiopathische axonale polyneuropathie (CIAP), met name de brandende en pijnlijke benen.

Ten aanzien van de klachten verwijst het Zorginstituut naar het tweede voorlopig advies d.d. 18 november 2024. Verzoeker heeft klachten die specifiek op LSS wijzen. In 2020 onderging verzoeker een TLIF-spondylodese L3-S1. De laatste jaren heeft verzoeker vanuit de onderrug toenemende uitstralende pijn naar beide benen, een in de benen optredend zwaartegevoel na een relatief korte loopafstand van slechts enkele tientallen meters, en klachten bij staan. Inderdaad ontbreken de verlossende factoren in de gegevens, maar het Zorginstituut acht de genoemde uitlokkende factoren overtuigend. Brandende en pijnlijke benen kunnen zeker ook passen bij CIAP, zoals verweerder aangeeft. De uitlokkende factoren overtuigen het Zorginstituut echter, in combinatie met de passende beeldvorming van een stenose op L2-3, voldoende van het bestaan van neurogene claudicatio en dus van LSS op dat niveau.

Verweerder wijst er verder op dat er geen fysiotherapie meer is gedeclareerd na juni 2022 (teruggekeken vanaf operatiedatum). Verweerder vraagt zich daarom of er een goede conservatieve behandeling heeft plaatsgevonden. Naar aanleiding van deze opmerking van verweerder heeft het Zorginstituut nader onderzocht of conservatieve therapie is toegepast, dit is per abuis onvoldoende meegenomen bij de beoordeling van de indicatie van verzoeker in het tweede voorlopig advies. Uit de 'Keuzekaart Hernia in de rug' behorende bij de toepasselijke richtlijn 'Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie' volgt dat na zes tot acht weken beenpijn in het kader van LSS een operatie overwogen kan worden. Ook wordt aangegeven wat de voor- en nadelen zijn van conservatieve of operatieve behandeling.

Verzoeker krijgt op 23 juni 2023 een verwijzing van de huisarts naar de orthopedisch chirurg en op 22 augustus 2023 vindt de operatie plaats. Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt niet dat er zes tot acht weken is afgewacht waarbij er conservatieve therapie is toegepast, alvorens te opereren. Gezien de eerder vastgestelde FBSS wordt conservatieve therapie weinig kansrijk geacht. Maar gelet op de genoemde richtlijn en keuzekaart kan het Zorginstituut niet anders dan concluderen dat verzoeker geen indicatie had voor een microscopische decompressie op niveau L2-L3.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzoeker een indicatie had voor verwijdering van het osteosynthesemateriaal op niveau L3-S1 (het eerste onderdeel van de operatie). Het is nog steeds onduidelijk wat de situatie is t.a.v. de spondylodese L3-S1, nu er geen onafhankelijke beoordeling beschikbaar is van de CT-scan van 26 juni 2023. Daarnaast heeft verzoeker geen indicatie voor een microscopische decompressie op niveau L2-L3 nu gelet op de genoemde richtlijn en keuzekaart zes tot acht weken moet worden afgewacht waarbij er conservatieve therapie is toegepast, alvorens te opereren.

Advies

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

- De indicatie voor verwijdering van het osteosynthesemateriaal op niveau L3-S1 is niet aangetoond;
- Verzoeker heeft geen indicatie voor een microscopische decompressie op niveau L2-L3."

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, 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 België gegaan om daar een operatie te ondergaan. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat is Europese regelgeving van toepassing, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004. Uit Richtlijn 2011/24/EU (hierna: de Patiëntenrichtlijn) volgt dat in het geval geen keuze wordt gemaakt voor een bepaald stelsel, voorrang wordt gegeven aan toepassing van de verordening (overweging 31). Om die reden toetst de commissie hier ambtshalve aan. In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde, in geval van planbare zorg, recht heeft op vergoeding volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze moet toestemming 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. 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). In dit geval heeft verzoeker geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Er is niet gebleken van bijzondere omstandigheden waardoor dit niet mogelijk was (Elchinov, zaak C-173/09). Dit betekent dat niet aan de voorwaarden van de verordening is voldaan en moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.3. Tussen partijen is niet in geschil dat de in Antwerpen uitgevoerde ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Wat hen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of verzoeker hiervoor een indicatie had. Het Zorginstituut merkt in het voorlopig advies van 18 november 2024 op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet is aangetoond dat verzoeker een indicatie had voor verwijdering van het osteosynthesemateriaal op niveau L3-S1 (het eerste onderdeel van de operatie). Wel was het Zorginstituut op dat moment van mening dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een microscopische decompressie op niveau L2-L3 (tweede onderdeel van de operatie). Het Zorginstituut is op basis van de nagekomen stukken in het definitief advies van 11 maart 2025 echter tot de conclusie gekomen dat verzoeker ook geen indicatie had voor de microscopische decompressie op niveau L2-L3. Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. De commissie stelt vast dat partijen de mogelijkheid is geboden op dit definitief advies te reageren, maar zij dat niet hebben gedaan. Daarom ziet zij geen aanleiding van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en maakt zij deze tot de hare.

Slotsom

- 7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 maart 2025,

B.L.A. van Drunen

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 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

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°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG-VERZEKERING

B.1. Vervallen

B.2. Buitenlandzorg

B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg);
- die op de "Lijst aanvragen zorg buitenland". staat (extramurale zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies te vragen bij onze afdeling Klanten Contact Centrum. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Voorbeeld:

U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. Als u bij ons vooraf zorgadvies vraagt,

kunnen wij u vertellen:

- of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- of u in uw situatie redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen;
- of wij voor deze zorg zorgverleners in Nederland of in het buitenland kunnen vinden met wie wij (wel) een overeenkomst hebben gesloten;
- of u voor deze zorg moet bijbetalen. De kans bestaat dat u voor de behandeling in het buitenland een hoger tarief moet betalen dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Of u moet rekening houden met een bedrag dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel in dat land voor uw rekening blijft.

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of in Australië? Dan kunt u de European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedonië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan in de meeste gevallen geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een bedrag voor uw rekening blijft. Dit kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan of tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie). U kunt de EHIC-pas gratis bij ons aanvragen. Of u kunt dit zelf doen via de Mijn Omgeving. Ook als u in het buitenland woont. Woont u in het buitenland en heeft u meeverzekerde gezinsleden? Dan kunt u via de internetsite van Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl voor hen de pas aanvragen

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg);

- die op de "Lijst aanvragen zorg buitenland" staat (extramurale zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Huisartsenzorg omvat onder andere:

- gezondheidsadvies en preventieve zorg zoals stoppen met roken (zie artikel B.21.2.), problematisch alcoholgebruik, depressieve klachten of overgewicht;
- behandeling;
- diagnostiek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- aanvraag van een MRI voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- preconceptiezorg, dit omvat een preconceptieconsult op verzoek van de verzekerde. Het betreft informatie en adviesverstrekking zodat er zo gezond mogelijk begonnen wordt aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs en gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (arbeidsomstandigheden, infectierisico, sociaaleconomische factoren), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties en algemene medische onderwerpen zoals medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten/vaccinaties;
- ketenzorg, als sprake is van:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - (Cardio)Vasculair Risico Management (C)VRM bij hart- en vaatziekten (HVZ) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
 - Astma bij verzekerden vanaf 16 jaar.

De zorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen. Zie hiervoor artikel A.17.3.

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden. Consulten kunnen ook

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 CVMR, 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);

- o het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- o behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- o sterilisatiebehandelingen;
- o behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
- o een medisch niet noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
- o correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
- o parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- o 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:
 - o 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;
 - o 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;
 - o 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 gehemeltespleet) 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 gehoorandoening 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 gehemeltespleet) 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 gehemeltepleten;
 - 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 machtigen 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 behandel doel 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 Wlz;
- 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