

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401589

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker.

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 e-mailbericht van 4 februari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 februari 2025 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 24 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 april 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 26 mei 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025010566) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft hierbij nader onderzoek geadviseerd. Een kopie van voornoemd advies is op 27 mei 2025 aan partijen gezonden, waarbij verzoeker is gevraagd om het geadviseerde nader onderzoek te verrichten. Op 11 juli 2025 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van zijn reactie is diezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 15 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een kopie van zijn reactie is diezelfde dag aan verzoeker gezonden. Op 15 juli 2025 zijn de nagekomen stukken in afschrift aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 31 juli 2025 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 1 augustus 2025 aan partijen gestuurd.
- 1.4. Op 4 augustus 2025 heeft verzoeker een bericht aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 5 augustus 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 september 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en het bericht van 4 augustus 2025 van verzoeker zijn op 12 september 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 31 juli 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 18 september 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het nader voorlopig advies als definitief

kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgvariatiepolis (combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Collectief en Tandarts Collectief (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker is in februari 2024 behandeld in een ziekenhuis in Keulen, Duitsland. Op 28 februari 2024 heeft hij daar een uitgebreid orthopedisch neurologisch consult gehad. Vervolgens heeft hij op 29 februari 2024 een rugoperatie, namelijk een microchirurgische decompressie op niveau L3/L4, ondergaan. De kosten hiervan heeft hij op 3 respectievelijk 5 maart 2024 ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. Bij brief van 15 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn declaratie niet in behandeling wordt genomen. Volgens de ziektekostenverzekeraar had verzoeker eerst een akkoordverklaring bij hem dienen aan te vragen.
- 2.4. Op 21 maart 2024 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar alsnog een aanvraag ingediend voor de rugoperatie in Keulen. Bij brief van 25 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker om aanvullende informatie gevraagd. Op 27 maart 2024 heeft verzoeker stukken aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 2 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat deze niet kan worden beoordeeld vanwege het ontbreken van informatie.
- 2.5. Op 2 april 2024 heeft verzoeker aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij brief van 8 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van verzoeker wederom afgewezen. Op 14 april 2024 heeft verzoeker hierop gereageerd. Bij brief van 22 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn standpunt handhaaft. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 26 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt nogmaals toegelicht, onder handhaving van zijn afwijzing.
- 2.6. Bij brief van 26 mei 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 31 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.8. Bij brief van 18 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Keulen uitgevoerde behandeling, te weten een microchirurgische decompressie op niveau L3/L4 volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 27 augustus 2024 heeft verzoeker toegelicht dat hij in februari 2024 een acute hernia heeft gekregen. De Nederlandse orthopeed constateerde dit meteen, maar

verzoeker moest toch een MRI-scan laten maken. Uit deze MRI-scan bleek de ernst van de hernia. Intussen moest verzoeker veel morfine slikken om de pijn dragelijk te houden. In de telefoongesprekken die verzoeker toen met de ziektekostenverzekeraar heeft gevoerd, heeft deze hem niet geïnformeerd over een aanvraagformulier. Wel is hem uitgelegd dat de behandeling in Duitsland zou worden vergoed tot de hoogte van het bedrag dat deze in Nederland zou kosten. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de behandeling toegezegd. Drie dagen na de behandeling was verzoeker weer in staat om te werken. Inmiddels heeft hij geen klachten meer.

- 3.3. Verzoeker heeft een brief van zijn behandelend neuroloog van 19 december 2024 overlegd waarin het volgende wordt verklaard:

"In aanvulling op mijn brief dd 22-2-2024 dient aan de anamnese het volgende te worden toegevoegd.

Patiënt had voor febr 2022 al 5-6 jaar af en aan rugklachten en ook periodes met uitstraling in het been, zo ook enkele maanden vooraf aan consultatie alhier in febr gedurende 4-5 weken. Daarna dus recidief en spoedig consult. Derhalve destijds onhoudbaar voor patiënt, pijn bleef maar komen."

- 3.4. Verder heeft verzoeker een brief van zijn behandelend osteopaat van 21 februari 2025 overgelegd waarin het volgende is opgenomen:

"Patiënte is door mij een aantal keren behandeld i.v.m. persisterende klachten van:

- de laag lumbale wervelkolom,*
- sacroiliacaal rechts,*
- de cervicale wervelkolom,*
- uitstraling/krachtsvermindering rechts.*

Onderzoek:

- facetblokkades L4-L5-S1 rechts,*
- irradiatie rechterbeen,*
- areflexie KPR/APR rechts,*
- krachtsvermindering dorsaal extensie voet rechts/klapvoet,*
- uitval n. peroneus.*

Helaas hebben mijn behandelingen geen positief resultaat gehad. Er bleek toch sprake te zijn van, hetgeen ik al vermoede, een HNP L4-L5 rechts en hij is met zeer goed resultaat behandeld door dr. Simons in Duitsland".

- 3.5. Bij bericht van 4 augustus 2025 heeft verzoeker toegelicht dat hij voor zijn klachten altijd rechtstreeks naar zijn osteopaat is gegaan. Hij is een autoriteit op dit gebied en heeft verzoeker daarin zoveel mogelijk kunnen behandelen en adviseren. Verzoeker is niet naar een arts gegaan, omdat hij rechtstreeks naar een behandelaar kon gaan. Hij heeft de arts alleen gebeld toen hij ondraaglijke pijn had.

De pijn en uitstraling naar de knie is een hele week gebleven. De orthopeed heeft na een week telefonisch contact opgenomen met verzoeker, omdat deze nog steeds ondragelijke pijn had. Verzoeker was op dat moment al onderweg naar Duitsland.

- 3.6. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij een aantal jaar geleden is gestopt met hockey en voetbal, omdat hij regelmatig last kreeg van zijn rug. De klachten werden steeds erger. Hij is door verschillende behandelaren behandeld, waaronder een osteopaat. Op enig moment werden de klachten zo ernstig dat hij enkele weken was uitgeschakeld. Deze klachten gingen over, maar kwamen ook weer terug. De klachten ontwikkelden tot ondragelijke pijn. Het was zo ernstig dat de huisarts bij verzoeker langs moest komen om te behandelen. Verzoeker heeft telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te vragen hoe hij hiermee om moest

gaan. Hij was voornemens om een operatie bij de arts in Duitsland, die hij kende via een kennis, te ondergaan. Volgens de behandelend osteopaat was dit een mogelijkheid.

In het eerste telefoongesprek heeft de ziektekostenverzekeraar uitgelegd dat de operatie kon worden uitgevoerd en dat de kosten zouden worden vergoed als deze niet hoger waren dan de kosten voor dezelfde operatie in Nederland. Er is nooit gesproken over het vragen van voorafgaande toestemming. Ook na de operatie is geen toestemming gevraagd. In dit telefoongesprek heeft verzoeker een duidelijke toezegging gekregen van de ziektekostenverzekeraar.

De situatie was zo ondraaglijk dat verzoeker, met of zonder toezegging, de operatie had ondergaan. Er moest met spoed iets gebeuren. De pijnklachten waren al zo lang aan de gang dat verzoeker niet kon en wilde wachten tot een officiële toestemming van de zorgverzekeraar.

De ziektekostenverzekeraar had graag gezien dat er contact was opgenomen met de huisarts, maar dit is niet gebeurd. Er is steeds overlegd met de osteopaat.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de in Keulen uitgevoerde microchirurgische decompressie op niveau L3/L4 niet voor vergoeding in aanmerking komen. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 26 juni 2024 toegelicht dat medisch specialistische behandelingen alleen kunnen worden vergoed als een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het moet duidelijk zijn dat de behandeling in de situatie van verzekerde de meest passende behandeling is. Er moet een indicatie zijn voor de zorg en deze mag niet onnodig duur of uitgebreid zijn. Als er geen indicatie is, dan gaat het om een zogenoemde ondoelmatige behandeling. Een ondoelmatige behandeling kan niet worden vergoed.

Bij de beoordeling van een aanvraag wordt ook gekeken naar de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dit betekent dat er voldoende bewijs moet zijn dat de behandeling op de lange termijn veilig en doelmatig is. De ziektekostenverzekeraar kijkt hierbij naar alle beschikbare nationale en internationale wetenschappelijke informatie. Het uitgangspunt bij de beoordeling of de zorg voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ is dat het niveau van bewijs hoog moet zijn en dat de behandeling voldoende beproefd is. Hierbij moet worden gekeken hoe de internationale medische wetenschap tegenover een bepaalde behandeling staat.

- 4.2. In het geval van verzoeker bestond op het moment van uitvoering/de aanvraag geen indicatie voor de behandeling. In de richtlijn “Ongeïnstumenteerde wervelkolomchirurgie” uit 2018 staat beschreven dat een conservatieve behandeling is aangewezen voordat een ingreep plaatsvindt. Verzoeker is op 22 februari 2024 gezien door de neuroloog van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Uit zijn verslag blijkt dat verzoeker sinds anderhalve week extreme pijn aan het rechterbeen had. Deze klachten heeft verzoeker eerder gedurende vier tot vijf weken gehad. De neuroloog beschrijft dat hij het beleid conform de richtlijn met verzoeker heeft besproken. Een operatie is aangewezen indien na een week of twaalf geen verbetering optreedt. De operatie vormt geen garantie dat de klachten daarna niet terugkomen, aldus de neuroloog. Volgens de richtlijn is de ernst van de pijn geen reden om tot een ingreep over te gaan. Ook dan dient eerst conservatieve behandeling plaats te vinden. Hieronder wordt verstaan: pijnstillers, epidurale injecties, rugschooloefeningen en fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat verzoeker in het verleden dezelfde klachten heeft gehad. Kennelijk heeft conservatieve behandeling destijds geholpen. In het dossier wordt op geen enkele wijze onderbouwd dat een conservatieve benadering nu niet zou kunnen helpen. Conservatieve behandeling is tevens doelmatiger gebleken, aangezien het minder ingrijpend is dan een ingreep en tevens minder kostbaar. Op basis van de beschikbare informatie is bij verzoeker niet gebleken van een medische noodzaak tot operatief ingrijpen. Verzoeker vraagt, gelet op de pijnklachten, om vergoeding van de kosten van de door hem ondergane behandeling. Uit de informatie van de arts blijkt echter niet van een medische indicatie waarbij de ingreep doelmatig is. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband

toegelicht dat een arts een behandelindicatie stelt als hij behandeling nodig vindt. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt vervolgens of sprake is van een vergoedingsindicatie.

- 4.3. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij niet heeft kunnen vaststellen dat hij verzoeker onjuist of onvolledig heeft geïnformeerd. Van een telefonische toezegging is niet gebleken. In zijn administratie heeft hij registraties van twee gesprekken aangetroffen, namelijk op 23 en 28 februari 2024. Op 23 februari 2024 is aan verzoeker uitgelegd dat de in geschil zijnde behandeling vooraf bij de ziektekostenverzekeraar dient te worden aangevraagd. In het telefoongesprek op 28 februari 2024 heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij de volgende dag mét toestemming in Duitsland zou worden geopereerd. Verzoeker heeft vervolgens gevraagd naar de hoogte van de vergoeding. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar hem geïnformeerd over de vergoeding voor geplande zorg in het buitenland. De ziektekostenverzekeraar is hierbij uitgegaan van de door verzoeker gegeven informatie. Aan hem is uitgelegd dat bij gebruik van gecontracteerde zorg geen, en bij gebruik van niet gecontracteerde zorg wel, een akkoordverklaring nodig is. Pas op 31 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ontvangen, terwijl verzoeker reeds op 29 februari 2024 werd geopereerd. Dit betekent dat hij de behandeling heeft ondergaan terwijl hij op 23 februari 2023 erover is geïnformeerd dat hiervoor een akkoordverklaring vooraf nodig is. Door de ingreep zonder toestemming te laten uitvoeren, heeft verzoeker het risico op financiële gevolgen aanvaard.
- 4.4. Bij brief van 24 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat ook de kosten van de second opinion niet zijn vergoed. Voor vergoeding van een second opinion is namelijk een verwijzing van de eigen arts nodig. Aangezien verzoeker hierover niet beschikte, bestaat geen aanspraak op vergoeding.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor de situatie van verzoeker in Nederland een afwachtend beleid geldt. Hierop zijn uitzonderingen mogelijk, maar die zijn in dit geval niet aan de orde. Als een verzekerde langere tijd klachten heeft en deze opeens weer toenemen, moet worden gekeken of het afwachtende beleid is uitgevoerd vanaf het moment van toename van de klachten. Het enige aanknopingspunt waar de ziektekostenverzekeraar in dit verband over beschikt, is de verklaring van de huisarts. Op basis hiervan kan niet worden geconcludeerd dat er voldoende is afgewacht. Dit wordt ook bevestigd door het Zorginstituut in het voorlopig advies. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat geen sprake is van een verzekeringsindicatie.
De ziektekostenverzekeraar heeft de beschikbare registraties van de telefoongesprekken overgelegd. Hieruit blijkt dat op 23 februari 2024 is gebeld en dat in het bewuste telefoongesprek aan verzoeker is meegedeeld dat de operatie moet worden aangevraagd. Vervolgens is er op 28 februari 2024 gesproken. Bij die notitie valt op dat verzoeker zelf heeft verklaard over toestemming te beschikken. Mogelijk doelde hij hiermee op toestemming van een arts. Uit de notities blijkt in ieder geval niet van toestemming van de ziektekostenverzekeraar zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Overigens heeft verzoeker verklaard dat hij ook had gekozen voor de operatie als de zorgverzekeraar geen toestemming had gegeven. Toestemming van de ziektekostenverzekeraar was voor hem dus niet gedragbepalend.
De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat op een aanvraag voor zorg altijd een schriftelijke beslissing volgt. Als een verzekerde goedkeuring krijgt, blijkt dit uit de brief. Hierbij is ook opgenomen welk bedrag wordt vergoed. Als de aanvraag wordt afgewezen, is de afwijsggrond opgenomen in de brief.
Verder geldt dat een herniaoperatie niet vaak wordt vergoed, omdat in Nederland een afwachtend beleid wordt gehanteerd. De Duitse arts heeft zelf ook aangegeven dat hij eerder opereert dan in Nederland gebruikelijk is. De ziektekostenverzekeraar is gebonden aan de regels die in Nederland gelden.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 26 mei 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag die in dit geschil centraal staat is of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een rugoperatie vanwege een LRS.

Indicatievoorwaarden

Zowel in de specialistenrichtlijn ‘Lumbosacraal Radiculair Syndroom’ als in de richtlijn ‘Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie’ van de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN) uit 2018 wordt verwezen naar de keuzekaart ‘Hernia in de rug’. Hierin staat dat na zes tot acht weken beenpijn in het kader van LRS een operatie overwogen kan worden. Ook wordt aangegeven wat de voor- en nadelen zijn van conservatieve of operatieve behandeling.

Volgens de specialistenrichtlijn ‘Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS)’ wordt in het algemeen alleen tot een operatie overgegaan indien conservatieve therapie gefaald heeft. Gelet op de keuzekaart bij de richtlijn moet in ieder geval sprake zijn van klachten die minimaal zes tot acht weken hebben geduurd. De richtlijn geeft aan welke opties er voor conservatieve behandeling zijn, maar stelt niet dat alle opties moeten worden toegepast. Verder geeft de richtlijn aan dat een chirurgische behandeling van het LRS-syndroom (op basis van een hernia) uitgevoerd kan worden wanneer de patiënt dit weloverwogen wenst in samenspraak met de behandelend arts, afwegende de premorbide status en de mogelijke complicaties.

Uit de richtlijn Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie blijkt dat een operatieve behandeling zinvol kan blijken bij bewezen niet-succesvolle conservatieve behandeling. Gelet op de keuzekaart bij de richtlijn moet in ieder geval sprake zijn van klachten die minimaal zes tot acht weken hebben geduurd. Er moet dan wel sprake zijn van een patiënt met klachten passend bij het lumbaal radiculair syndroom op basis van een HNP (Hernia Nuclei Pulposi). Ook deze richtlijn bevat de aanbeveling dat een chirurgische behandeling van het LRS-syndroom (op basis van een hernia) uitgevoerd kan worden wanneer de patiënt dit weloverwogen wenst in samenspraak met de behandelend arts, afwegende de premorbide status en de mogelijke complicaties.

Indicatie verzoeker

Verzoeker had op het moment van consultatie van de neuroloog op 22 februari 2024 anderhalve week klachten. In een aanvullende brief van de neuroloog is aangegeven dat er eerder ook sprake was van een klachtenepisode van vijf tot zes weken, maar het is onduidelijk wanneer die klachtenepisode heeft plaatsgevonden en of de episode was afgesloten of direct is gevolgd door de consultatie van de neuroloog. Er is geen documentatie van de huisarts die wijst op eerdere consultatie, behandeling of verwijzing door de huisarts.

Het dossier bevat een brief van een osteopaat d.d. 21 februari 2025. De informatie uit deze brief is niet bruikbaar omdat hierin een afwijkend klachtenpatroon en diagnose genoemd worden. Daarnaast is de informatie afkomstig van een niet BIG-geregistreeerde zorgverlener.

Samenvattend kan worden gesteld dat de periode van zes tot acht weken niet is afgewacht vanaf het eerste moment dat de klachten passend bij een radiculair syndroom op niveau L3-L4 zijn gedocumenteerd. Onduidelijk is of verzoeker voorafgaand aan het consult bij de neuroloog op 22

februari 2024 bij de huisarts is geweest en hoe lang de klachten op dat moment bestonden. Er is ook geen informatie over een andere conservatieve behandeling dan pijnstilling beschikbaar, de behandeling door de osteopaat buiten beschouwing latend. Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt niet dat bij verzoeker sprake was van dermate ernstige klachten of stoornissen, waardoor langer expectatief of conservatief beleid niet mogelijk of verantwoord zou zijn geweest. Duidelijk is dat de neuroloog geadviseerd heeft eerst twaalf weken af te wachten. Er is geen informatie dat de chirurg in Duitsland dergelijke voorlichting aan verzoeker heeft verstrekt.

Nader onderzoek

Om te beoordelen of verzoeker aanspraak kan maken op de vergoeding van de microdissectomie dient de volgende informatie te worden toegevoegd aan het dossier:

Een onderzoeksverslag van de huisarts met nadere informatie over (eerdere) consultatie binnen dezelfde klachtenepisode, waardoor de duur van de periode tussen het ontstaan van de radicaire klachten en de operatie duidelijker wordt.

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 31 juli 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Zowel in de specialistenrichtlijn ‘Lumbasacraal Radiculair Syndroom’ als in de richtlijn ‘Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie’ van de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN) uit 2018 wordt verwezen naar de keuzekaart ‘Hernia in de rug’. Hierin staat dat na zes tot acht weken beenpijn in het kader van LRS een operatie overwogen kan worden, mits er conservatieve behandeling is ingezet, en tenzij het verdere beloop niet kan worden afgewacht. Ook wordt aangegeven wat de voor- en nadelen zijn van conservatieve of operatieve behandeling. Dit is reeds toegelicht in het voorlopig advies.

Op basis van het initiële dossier was onduidelijk of verzoeker voldoet aan de indicatievoorwaarden voor een microchirurgische decompressie L3-L4. Derhalve is verzocht om een onderzoeksverslag van de huisarts met nadere informatie over consultatie binnen dezelfde klachtenepisode, waardoor de duur van de periode tussen het ontstaan van de radicaire klachten en de operatie duidelijker wordt.

Uit de aanvullende informatie blijkt dat de termijn van zes tot acht weken niet is afgewacht, voordat een operatie is overwogen. Uit de aanvullende informatie blijkt dat de huisarts op 14 februari 2024 voor het eerst wordt geconsulteerd vanwege acute pijnklachten. Dit is twee weken vóór het consult met de neurochirurg waarin tot een operatie op de volgende dag, 29 februari 2024, werd besloten.

Op 23 februari 2024 is de verwijzing naar de neuroloog gedateerd. Drie dagen daarvoor is aan de pijnmedicatie een morfine injectie en oxycodon toegevoegd, waarna de pijnintensiteit is afgenomen en de tintelingen in het been zijn gestopt. Opnieuw vermeldt de huisarts dat alarmklachten zijn benoemd, dus deze waren blijkbaar op dat moment niet aanwezig. Verder is niets vermeld over ondragelijke pijnklachten. Uit de beschikbare informatie blijkt dus niet dat bij verzoeker sprake was van dermate ernstige klachten of stoornissen dat het verdere beloop niet kon worden afgewacht.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier voldoet de verzoeker niet aan de indicatievoorwaarden voor een microchirurgische decompressie L3-L4, aangezien de termijn van zes tot acht weken niet is afgewacht, voordat een operatie is overwogen. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van deze behandeling ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker is niet redelijkerwijs aangewezen op microdissectomie L3-L4 wegens Radiculair syndroom L3-L4 rechts o.b.v. Herna Nuclei Pulposi (HNP) met wortelcompressie.”

6. Bevoegdheid van de commissie

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

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 en artikel 150 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker is naar Duitsland, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker niet om voorafgaande toestemming heeft gevraagd. Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Hof van Justitie volgt dat de verordening in dat geval buiten toepassing blijft. In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd onderscheidenlijk de beslissing op die aanvraag wordt afgewacht. In dit geval zijn dergelijke bijzondere omstandigheden gesteld noch gebleken. Dit betekent dat de verordening geen toepassing vindt en dat de aanspraak op vergoeding van de in Keulen gemaakte kosten dient te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.3. Op grond van hetgeen is beschreven op de pagina's 3 en 4 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. De door verzoeker op 29 februari 2024 ondergane microchirurgische decompressie op niveau L3/L4 betreft medisch specialistische zorg als bedoeld op de pagina's 98 tot en met 110 van de verzekeringsvoorwaarden. De behandeling voldoet aan de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk' en behoort daarmee tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Hetgeen hiervoor is beschreven is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv en 2.1 Rzv. Wat partijen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de door hem ondergane rugoperatie.
- 7.4. In zijn nader voorlopig advies van 31 juli 2025 heeft het Zorginstituut toegelicht dat zowel in de specialistenrichtlijn 'Lumbasacraal Radiculair Syndroom' als in de richtlijn 'Ongeïnstumenteerde wervelkolomchirurgie' van de Nederlandse Vereniging voor

Neurochirurgie (NVvN) uit 2018 wordt verwezen naar de keuzekaart 'Hernia in de rug'. Hierin staat dat na zes tot acht weken beenpijn in het kader van LRS een operatie kan worden overwogen, mits er conservatieve behandeling is ingezet, en tenzij het verdere beloop niet kan worden afgewacht. Uit de beschikbare informatie blijkt dat de termijn van zes tot acht weken niet is afgewacht, voordat een operatie is overwogen. De huisarts is op 14 februari 2024 voor het eerst geconsulteerd vanwege acute pijnklachten. Dit is twee weken vóór het consult met de neurochirurg waarin tot een operatie op de volgende dag, 29 februari 2024, werd besloten. Verder blijkt uit de beschikbare informatie niet dat bij verzoeker sprake was van dermate ernstige klachten of stoornissen dat het verdere beloop niet kon worden afgewacht. De verwijzing naar de neuroloog is gedateerd op 23 februari 2024. Drie dagen daarvoor is aan de pijnmedicatie een morfine injectie en oxycodon toegevoegd, waarna de pijnintensiteit is afgenomen en de tintelingen in het been zijn gestopt. Opnieuw vermeldt de huisarts dat alarmklachten zijn benoemd, dus deze waren blijkbaar op dat moment niet aanwezig. Verder is niets vermeld over ondraaglijke pijnklachten. Het Zorginstituut komt op basis hiervan tot de conclusie dat verzoeker niet aan de indicatievoorwaarden voor een microchirurgische decompressie op niveau L3-L4 voldoet. De commissie ziet in het door verzoeker gestelde geen reden om van deze conclusies af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op de in Keulen uitgevoerde rugoperatie en dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten hiervan ten laste van de zorgverzekering terecht heeft geweigerd.

- 7.5. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar telefonisch heeft toegezegd dat de kosten van de behandeling in Keulen zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden. De commissie overweegt dat nu verzoeker onder verwijzing naar een telefoongesprek aanspraak maakt op volledige vergoeding van de kosten, gelet op artikel 150 Rv, de stelplicht en eventuele bewijslast ter zake op hem rusten. Dit betekent dat hij moet aantonen dat hem, in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering, een ongeclausuleerde en eenduidige toezegging is gedaan. Hierin is verzoeker niet geslaagd. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband toegelicht dat door hem twee telefoongesprekken zijn geregistreerd, te weten op 23 en 28 februari 2024. Tijdens het eerste gesprek zou verzoeker zijn meegedeeld dat hij een aanvraag moest indienen. Omdat op een aanvraag een (schriftelijke) beslissing volgt, ligt het niet in de rede dat toen een toezegging van de kant van de ziektekostenverzekeraar is gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft desgevraagd toegelicht dat zowel een akkoordverklaring als een afwijzing schriftelijk wordt vastgelegd, hetgeen de hiervoor genoemde conclusie onderstreept. Bij het tweede gesprek is de vergoeding van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland aan de orde geweest. Over dit onderhoud heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoeker zelf verklaarde dat hij mét toestemming in Duitsland zou worden geopereerd, hetgeen niet (voldoende gemotiveerd) door verzoeker is bestreden. Er was op dat moment zelfs nog geen aanvraag gedaan, zodat van een akkoordverklaring ook nog geen sprake kon zijn. Daardoor is niet beslissend wat verzoeker is meegedeeld tijdens het gesprek op 28 februari 2024. Het beroep op een gedane toezegging kan onder deze omstandigheden niet slagen.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 oktober 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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

Buitenland

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Zorg in het buitenland (artikel B.2.2.), zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg in het buitenland.
Uw basisverzekering geeft werelddekking. Dit betekent dat u buiten Nederland verzekerd bent voor dezelfde zorg en dezelfde omvang als binnen Nederland.
Als u zorg in een verdragsland krijgt omdat u daar woont of omdat u daar tijdelijk verblijft dan kunt u (in plaats van de vergoeding vanuit uw basisverzekering) kiezen voor de wettelijke regeling die in dat verdragsland geldt.

Wat is uw vergoeding?

- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
 1. Voor zorg in het buitenland: buitenlandzorg heeft een gelijke omvang en hoogte zoals de zorg in Nederland of uw woonland is verzekerd.
 2. Voor zorg in een verdragsland: de wettelijke regeling van het verdragsland.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor zorg in het buitenland (artikel B.2.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als u kiest voor vergoeding uit de basisverzekering dan moet deze zorg voldoen aan de voorwaarden zoals die gelden voor zorg in Nederland.
- Als u kiest voor de wettelijke regeling in een verdragsland dan moet de zorg voldoen aan de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is.
In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen zorg buitenland' staat (extramurale zorg).
Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen medicijnen in het buitenland' staat.
Het gaat hierbij om medicijnen die vallen onder medisch specialistische zorg. Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg).
- Wij adviseren u graag vooraf via onze afdeling Klanten Contact Centrum.
Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan een buitenlandse zorgverlener. Om een goed advies te kunnen geven, hebben wij vaak meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat; dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt.
Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.)**Wat betaalt u zelf?**

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als u kiest voor vergoeding uit de basisverzekering dan moet deze zorg voldoen aan de voorwaarden zoals die gelden voor zorg in Nederland.
- Als u kiest voor de wettelijke regeling in een verdragsland dan moet de zorg voldoen aan de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is.
In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen zorg buitenland' staat (extramurale zorg).
Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen medicijnen in het buitenland' staat.
Het gaat hierbij om medicijnen die vallen onder medisch specialistische zorg. Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg).
- Wij adviseren u graag vooraf via onze afdeling Klanten Contact Centrum.
Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan een buitenlandse zorgverlener. Om een goed advies te kunnen geven, hebben wij vaak meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat; dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt.
Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

- Levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn.
- Instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen als de hulpmiddelen niet geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten.
- Esketamine neusspray (Spravato).
Dit valt onder het artikel 'Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Skinvision (artikel B.4.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Digitale medisch specialistische zorg (Skinvision).
Medisch specialistische 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.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 % voor skinvision.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een huidplekje.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het account van de app moet aan uw relatienummer zijn gekoppeld.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.), opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medisch specialistische zorg.
Het gaat hierbij om al deze zorg:
 - medisch specialistische behandelingen (geneeskundige zorg);
 - aanvullende medische handelingen (zoals het aanleggen van gips of een ECG-onderzoek);
 - medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
 - laboratoriumonderzoek;

- verpleging.
- Opname bij medisch specialistische zorg.
Het gaat hierbij om deze zorg:
 - opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg;
 - verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor medisch specialistische zorg; en
- Vergoeding van 100 %, maximaal 3 jaar (1095 dagen) voor opname bij medisch specialistische zorg.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Plastische chirurgie, orgaantransplantatie, geriatrische revalidatie, vruchtbaarheidsbehandeling en voorwaardelijke zorg zijn ook medisch specialistische zorg, maar zijn in een apart artikel beschreven.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Verloskundige.
- Medisch specialist.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Sportarts.
- Jeugdarts.
- Bedrijfsarts.
- Optometrist of orthoptist.
Deze zorgverlener mag bij oogaandoeningen verwijzen naar een oogarts.
- GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Triage-audicien.
Een triage-audicien mag bij een gehoorandoening verwijzen naar een KNO-arts of audiologisch centrum.
- Klinisch fysicus-audioloog.
Een klinisch fysicus-audioloog mag verwijzen voor audiologische zorg

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in specifieke situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.
Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.
- Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek.
- Besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.
- Sterilisatiebehandelingen en behandelingen om sterilisatie terug te draaien.
- Correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen).
- Parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener.
- Zorg of middelen die na behandeling nodig zijn (of die in het verlengde van de behandeling liggen).
- Bevolkingsonderzoek.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De opname komt voor maximaal 1095 dagen voor rekening van uw zorgverzekering.
Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
 - Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen.
 - Wordt uw opname onderbroken voor weekend- of vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.
- Bij opname in het buitenland geldt het Nederlandse verpleegtariaf.
Een ziekenhuis of instelling voor medisch specialistische zorg in het buitenland kan twee of meer verschillende (verpleeg)klassen hebben. Voor de hoogte van de vergoeding geldt het Nederlandse verpleegtariaf.
- Opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in specifieke situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.
Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Ziekenhuis of Z.B.C.
Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza), waarmee wij bedoelen:
 - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
 - een algemeen ziekenhuis

Combinatie basisverzekering

Uw basisverzekering is een 'combinatieverzekering'. Voor een deel van uw verzekering vergoeden wij de kosten van de verzekerde zorg (restitutie). Voor een ander deel bent u verzekerd voor zorg (in natura). Als het gaat om zorg in natura dan staat dit bij de vergoeding van de betreffende zorg. Staat dit er niet bij dan is de zorg op basis van restitutie.

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Uw verzekeringspasje

U ontvangt van ons een digitale verzekeringspas als uw verzekering is ingegaan. Als u deze digitale pas laat zien, kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u toch een fysieke pas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Op de achterkant is dit een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

Als u collectief verzekerd bent, kan het zijn dat er aanvullende afspraken zijn gemaakt waardoor u ook een fysieke pas ontvangt. Dit kan een pasje zijn met of zonder EHIC.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren. Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

Lidmaatschap

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit?
- Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep.

- Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit?
- Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie.
Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig.
- De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit?
- Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen. Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
- de ingangsdatum van uw dienstverband;
- inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.