

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501819

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

en

OWM CZ groep U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 6 november 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 april 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 5 juni 2026 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op diezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 20 juli 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026011799) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 juli 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 19 augustus 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 24 augustus 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 20 juli 2026 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie een vraag gesteld. Bij brief van 7 september 2026 heeft het Zorginstituut een definitief advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 september 2026 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoekster heeft op 27 mei 2025 bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een operatie in verband met een kanaalstenose en discushernia, uit te voeren in Sint-Niklaas, België. Bij brief van 3 juni 2025 heeft de zorgverzekeraar verzoekster om aanvullende informatie gevraagd. Op 20 juni 2025 is deze aanvullende informatie aangeleverd.

- 2.3. Bij brief van 26 juni 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 29 juli 2025 is de operatie uitgevoerd. Bij brief van 7 augustus 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 20 juli 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 7 september 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de in Sint-Niklaas uitgevoerde operatie op niveau L4/L5, te weten een bedrag van € 6.000,--, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij brief van 6 november 2025 toegelicht dat zij sinds januari 2025 kampte met een stenose en een hernia. Omdat zij in 2009 en 2022 in het ziekenhuis in Sint-Niklaas is geopereerd aan respectievelijk een dubbele nekhernia en een rughernia, heeft zij zich in april 2025 opnieuw tot de behandelend neuroloog aldaar gewend. In 2009 heeft de zorgverzekeraar actief meegezocht naar een ziekenhuis waar de wachttijd minder lang was dan in Tilburg, en verzoekster kon destijds binnen twee weken in Sint-Niklaas worden geholpen. Ook de daar in 2022 uitgevoerde operatie aan de rughernia werd door de zorgverzekeraar goedgekeurd. Op 11 april 2025 heeft verzoekster telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar en gevraagd of zij een consult mocht afspreken in het ziekenhuis in Sint-Niklaas. Zij heeft hiervoor toen mondeling goedkeuring gekregen. De kosten van de consulten en onderzoeken die nadien volgden, heeft de zorgverzekeraar ook vergoed.
- 3.3. Zowel de arts in het ziekenhuis in Sint-Niklaas als de behandelend fysiotherapeut van verzoekster was van oordeel dat alleen een operatie helpend zou zijn voor de stenose en hernia in de rug. Verzoekster heeft daarom bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een decompressie op niveau L4/L5, uit te voeren in het ziekenhuis in Sint-Niklaas. Deze aanvraag is vervolgens door de zorgverzekeraar afgewezen, omdat geen adequaat conservatief traject zou zijn gevolgd. De behandelend neuroloog heeft hierover het volgende verklaard: *“Pijnblokkades laten zetten is het inspuiten van verdoving in de zenuwbanen. Bij zenuwbanen die al bekneld zitten, is dat niet verstandig. Je behandelt hiermee niet het probleem, maar je verdooft een zenuw.”*. Verzoekster heeft hierbij opgemerkt dat zij sinds de dubbele nekhernia in 2009 dagelijks of wekelijks fysiotherapie-oefeningen doet, naar de sportschool gaat, loopt, fietst, zwemt, etc.
- 3.4. Verzoekster kreeg uitval in haar rechterbeen. Zij liep op beide voeten op ‘kussentjes’ en was urine-incontinent. Het advies van de neuroloog was om niet langer te wachten met een operatie, temeer omdat langer wachten tot blijvend letsel zou kunnen leiden. Verzoekster koos voor de operatie en deze is op 29 juli 2025 uitgevoerd. Voorafgaand aan de ingreep heeft zij de zorgverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Verzoekster heeft aangevoerd dat het door de zorgverzekeraar genoemde conservatieve traject in ging tegen het behandelvoorstel van de behandelend arts. Zij heeft in dit verband gewezen op een brief van 26 mei 2025. De zorgverzekeraar heeft zijn afwijzende beslissing desalniettemin gehandhaafd.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft zich ten onrechte op het standpunt gesteld dat een CT-scan geen optimaal onderzoek zou zijn om ook de weke delen en het zenuwstelsel te beoordelen. Met een

CT-scan kunnen wel degelijk gedetailleerde beelden worden gemaakt van organen, botten, weefsels, tumoren, zenuwen, lymfebanen, etc. Tevens zijn er in 2022 foto's gemaakt, naast een MRI-scan, waarop het begin van de stenose al zichtbaar is. Verzoekster heeft de beelden van de lumbale wervelkolom gezien. Voorts wordt door de zorgverzekeraar miskend dat de genoten behandeling succesvol is gebleken. Vanaf 1 juni 2025 was verzoekster voor 50% arbeidsongeschikt, en vanaf 28 juli 2025 volledig. Zij is inmiddels uitstekend hersteld van de pijn en de uitstraling via het been. Op 23 september 2025 is verzoekster voor 30% beter gemeld en in oktober 2025 was zij weer volledig arbeidsgeschikt. Het is voor haar de vraag of het volgen van het conservatieve traject tot hetzelfde resultaat zou hebben geleid. Zo die vraag al bevestigend kan worden beantwoord, zou de conservatieve behandeling in ieder geval pas in een later stadium tot hetzelfde resultaat hebben geleid. Ook binnen een conservatief traject zou er voor de zorgverzekeraar een flink kostenplaatje zijn ontstaan. Verder gaat de medisch adviseur niet in op de stelling van de behandelend neuroloog dat langer wachten tot blijvend letsel had kunnen leiden.

- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij vooral waarde hecht aan het eindresultaat van haar keuze om een operatie te ondergaan, zonder eerst een conservatief traject af te leggen. De operatie heeft ertoe geleid dat zij na drie maanden volledige arbeidsongeschiktheid het werk weer kon hervatten, ondanks de negatieve prognose. Deze snelheid zou zelfs bij een positief verlopen optimaal conservatief traject niet zijn gerealiseerd. Verzoekster en de maatschappij hebben er wel bij gevaren. Tegen een relatief lage prijs voor de operatie is snel herstel geboekt. Het volgen van een conservatief traject zou tienduizenden euro's meer hebben gekost. De zorgverzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat op een CT scan geen stenose zichtbaar kan zijn. Echter, die is wel zichtbaar. Daarbij komt dat in 2022, bij een eerdere operatie aan de rug van verzoekster, op een MRI al is gezien dat zich een (niet-operabele) stenose boven het geopereerde niveau bevond. Anders dan de zorgverzekeraar stelt, was sprake van een doelmatige behandeling. De richtlijn en regel mag zijn dat eerst een optimaal conservatief traject doorlopen moet worden, maar verzoekster vindt dat zij een uitzondering op de regel is. Verzoekster had goede ervaringen met de behandelaar in België, bij operaties in 2009 en 2022, daartoe toen nota bene op het spoor gezet door de zorgverzekeraar. Een consult in verband met de nieuwe klachten door dezelfde behandelaar is in april 2025 ook nog bewilligd door de zorgverzekeraar. Hieruit spreekt een vertrouwen van de zorgverzekeraar in de bekwaamheid van de behandelaar. Verzoekster is, haar lichaam kennende, ervan overtuigd, dat een conservatief traject haar niet zou hebben geholpen. Dit is ook bevestigd door haar behandelaar. Verzoekster had overigens al grotendeels een conservatief traject afgelopen voordat de operatie plaatsvond: behandelingen door ergotherapeut, fysiotherapeut en dagelijkse oefeningen thuis. Alleen geen pijnblokkades in verband met al beknelde zenuwbanen/ruggenmerg. Zenuwbanen die al bekneld zitten moeten niet ook nog eens worden ingespoten met naalden of verdoving. Gezien de toename van klachten gaf de behandelaar het advies om zo snel mogelijk te opereren omdat anders de klachten of het functieverlies blijvend kon zijn. Verzoekster heeft dit advies opgevolgd. Het is de vraag hoe zij erbij had gezeten als zij dit niet had gedaan. Het Zorginstituut schrijft in zijn voorlopig advies aan de commissie dat circa 40% van de behandelenden na het conservatieve traject alsnog een operatie nodig heeft. Dat is een erg hoog percentage, afgemeten aan de harde regel dat eerst een conservatief traject doorlopen moet worden alvorens tot een operatie over te gaan. Verzoekster ontkent niet het bestaan van de geldende specifieke indicatievoorwaarden uit de richtlijn Ongeïndstrumenteerde wervelkolomchirurgie. Zij is echter van mening dat het in casu, op grond van de genoemde omstandigheden, in de rede ligt dat de operatiekosten in kwestie door de zorgverzekeraar aan haar worden vergoed. Verzoekster heeft veel stress ervaren omdat er geen rechtstreeks overleg mogelijk was met de zorgverzekeraar. Verzoekster is zelf een gespecialiseerde verpleegkundige. Zij helpt dagelijks patiënten om zo lang mogelijk zelfstandig te zijn, eigen regie te kunnen voeren en vooral comfortabel te zijn. Verzoekster heeft daar bij de zorgverzekeraar geen ruimte voor gevoeld. Zij

heeft zich überhaupt niet gehoord gevoeld. Verzoekster meent dat het de zorgverzekeraar zou sieren als hij al een deel van de operatiekosten uit coulance zou compenseren.

Op dit moment bestaan er nog blijvende klachten, waaronder incontinentie. Ook is een zenuwbaan blijvend beschadigd, omdat hij te lang knel heeft gezeten. De vraag is of deze klachten zouden bestaan als er eerder was geopereerd. De klachten begonnen opnieuw begin 2025. Jaren geleden was al duidelijk geworden dat de ruggenwervel niet het sterkste deel van haar lichaam was en dat er nog meer probleempunten waren. Begin april 2025 is er nog contact opgenomen met de zorgverzekeraar en kreeg verzoekster goedkeuring voor een consult in België. Het is logisch dat daar dan ook een behandeling aan vast zit en dat die behandeling dan ook wordt goedgekeurd. Verzoekster is zeventien jaar geleden geopereerd aan een dubbele nekhernia. Vervolgens is zij bij een fysiotherapeut en een ergotherapeut uitgekomen. Vijf jaar geleden is verzoekster geopereerd aan de onderrug. Vervolgens is zij opnieuw behandeld door een fysiotherapeut. Verzoekster heeft gesport in groepen bij de fysiotherapeut en deed daar oefeningen die zij ook zelfstandig kon uitvoeren. Dit heeft zij dan ook gedaan. Verzoekster doet dagelijks oefeningen voor de rug. Een fysiotherapeut zou voorschrijven wat zij al doet. Er zijn niet nog meer rugversterkende opties. Dat is de reden dat de fysiotherapeut heeft verklaard niets meer voor haar te kunnen betekenen. Toen de klachten terugkeerden, is verzoekster een of twee keer bij de fysiotherapeut geweest. Dit was in juni 2025. Zij heeft toen benoemd dat de uitstraling aanwezig was sinds januari.

Richtlijnen zijn een goed uitgangspunt, maar dat ook de beroepscode moet worden meegenomen. Er zijn uitzonderingen mogelijk. Niet elk ziektebeeld volgt het boekje. Een conservatief traject was voor verzoekster niet de juiste keuze. Jaren geleden heeft zij alles volgens het boekje gedaan. Daardoor weet verzoekster dat pijnblokkades geen oplossing zijn. Verzoekster heeft op haar eigen gevoel en ervaring vertrouwd.

Verder geldt dat verzoekster zich niet op het standpunt heeft gesteld dat sprake is van gewekt vertrouwen.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de in Sint-Niklaas uitgevoerde rugoperatie niet kunnen worden vergoed. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 7 augustus 2025 toegelicht dat medisch specialistische behandelingen alleen kunnen worden vergoed als een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit blijkt uit artikel A.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Er moet een medische indicatie voor de ingreep bestaan. Dit wil zeggen dat duidelijk moet zijn dat de behandeling in de situatie van een verzekerde de meest passende ingreep is. Als een dergelijke indicatie er niet is, gaat het om een ondoelmatige behandeling en komt deze niet voor vergoeding in aanmerking.
- 4.2. In de richtlijn Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie staat de volgende aanbeveling ten aanzien van een lumbale wervelkanaalstenose (lumbale spinale stenose (LSS)): *“Overweeg operatieve behandeling bij een patiënt met ernstige/progressieve klachten volledig passend bij LSS, met passende beeldvorming, bij niet-succesvolle conservatieve behandeling”*. Uit de beschikbare gegevens blijkt niet dat er reeds uitgebreide fysiotherapie heeft plaatsgevonden en dat de pijnstilling is geoptimaliseerd. Verder is niet duidelijk of de klachten ook gerelateerd zijn aan een wervelkanaalstenose op niveau L4/L5. Er is weliswaar een CT-scan gemaakt, maar dit is geen optimaal onderzoek om ook de weke delen en het zenuwweefsel te beoordelen. Het is vooral geschikt om de botanatomie in beeld te brengen. De klachten lijken op basis van de beschikbare gegevens te passen bij het S1-dermatoom. De neurochirurg spreekt over S1-pijn. Daarmee lijkt sprake van een radiculair patroon van pijn in het wortelgebied S1. Dit zou dan het meest passend zijn bij een foramen- of recessusstenose. Op het niveau L4/L5 is sprake van een beperkte foraminale stenose rechts, waarbij het onduidelijk is of hierbij zenuwstructuren worden gecompriëerd. Op het niveau L5/S1 wordt gesproken over pseudodiscusbulging (mogelijk fibrose) waarbij contact is met de oorsprong van S1 (beiderzijds).

Ook zijn de beschreven klachten niet zeer specifiek voor neurogene claudicatio. Alleen bij liggen worden de klachten minder, en niet bij zitten of vooroverbuigen.

Er is schaars bewijs voor de effectiviteit van chirurgie bij een wervelkanaalstenose. Daarom wordt de ingreep alleen aanbevolen bij een zeer specifieke patiëntengroep, zoals in de aanbeveling van de richtlijn staat.

- 4.3. Bij brief van 5 juni 2026 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat volgens de belangrijkste geldende behandelrichtlijn Ongeïnstreemde wervelkolomchirurgie op basis van de actuele wetenschappelijke literatuur bij de diagnose en specifieke situatie van verzoekster geen sprake is van een directe operatie-indicatie. Hierbij is conservatieve therapie voorliggend. Dat de arts aangeeft dat hij geen of weinig vertrouwen had dat dit verzoekster zou baten is helder, maar maakt het voorgaande niet anders. De behandelrichtlijn op grond van de wetenschappelijke literatuur, die de zorgverzekeraar op basis van de norm van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ moet toepassen, is naar zijn aard nu eenmaal vrij terughoudend op dit punt. Daarbij wordt door de arts ook niet nader onderbouwd met wetenschappelijke literatuur dat de behandelrichtlijn in dit geval niet van toepassing zou zijn. De behandelend fysiotherapeut heeft in juni 2025 een verklaring opgesteld voor verzoekster. Deze bevat onder meer een beschrijving van de door haar ervaren klachten en een kort overzicht van de zorg die is ingezet. Op het gebied van fysiotherapie wordt vermeld dat er fysiotherapeutische behandelingen zijn uitgevoerd ten tijde van de eerdere klachten in 2022. De verklaring van de fysiotherapeut draagt niet bij aan het kunnen concluderen dat op het moment van de operatie medio 2025 er sprake was van een verzekerde operatie-indicatie. Er blijkt niet uit van een na de opgetreden recidive gevolgd conservatief traject.
- 4.4. Of en in hoeverre iemand achteraf baat heeft gehad bij een behandeling, mag de zorgverzekeraar niet meewegen bij de beslissing om zorg te vergoeden. De operatie-indicatie moet voorafgaand aan de behandeling worden gesteld en onderbouwd. Dat achteraf beschouwd goede resultaten zijn behaald is uiteraard prettig, maar vormt geen grondslag voor een verzekeraar om tot vergoeding over te gaan als op basis van alle medische informatie op het moment van de ingreep geen operatie-indicatie bestond.
- 4.5. De dekking van de zorgverzekering is door de overheid vastgelegd in regelgeving. Het is niet mogelijk om een gedeelte van de niet onder de dekking vallende kosten toch te vergoeden met als reden dat andere, verzekerde zorg wél zou zijn vergoed. Een dergelijke ‘substitutievergoeding’ verleent de zorgverzekeraar niet. Deze is als zodanig ook niet opgenomen in de dekking van de zorgverzekering. Het is daarbij de vraag of en in hoeverre fysiotherapie had kunnen worden vergoed. Zelfs bij een ‘chronische indicatie’ onder de zorgverzekering moet een verzekerde de eerste twintig behandelingen immers zelf betalen. Verzoekster had hiervoor geen aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten in 2025. Maar ook als de fysiotherapie volledig kon worden vergoed, dan nog was dit – gelet op bovenstaande uitleg - dus geen grond geweest om een niet-verzekerde operatie (gedeeltelijk) te vergoeden.
- 4.6. De zorgverzekeraar begrijpt dat verzoekster eerder wel een akkoordverklaring heeft gehad voor de rugoperaties in 2009 en 2022. Elke aanvraag moet echter zelfstandig worden beoordeeld. De zorgverzekeraar kan uit de aanwezige informatie ook niet afleiden dat verzoekster, op basis van de communicatie voorafgaand aan het consult in België, ervan mocht uitgaan dat ook deze ingreep zou worden vergoed. Dit laatste wordt overigens door verzoekster ook niet zozeer gesteld. Wel wordt duidelijk benadrukt dat zij heeft geprobeerd het aanvraagproces goed te volgen en de zorgverzekeraar hierbij te betrekken. Verzoekster wist dat zij de uitkomst van de beoordeling moest afwachten, alhoewel zij mogelijk een ander antwoord van de zorgverzekeraar had verwacht. Er is een duidelijke afwijzing verzonden op 26 juni 2025. Dat verzoekster voorafgaand aan de operatie wel een heroverweging heeft gevraagd, is helder. Hoewel de zorgverzekeraar begrijpt dat verzoekster de operatie niet wilde uitstellen, gelet op haar klachten, en hoopte op een eerdere

afhandeling van het verzoek om heroverweging, mocht zij niet ervan uitgaan dat de ingreep zou worden vergoed.

- 4.7. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat hij begrip heeft voor de keuze van verzoekster om de operatie te ondergaan. Hij is gehouden om te beoordelen of de voorgestelde behandeling ook verzekerde zorg betreft. In dit geval geldt dat niet is voldaan aan de geldende voorwaarden die voortkomen uit richtlijnen. Het Zorginstituut bevestigt dat moet worden gekeken naar de richtlijnen. Afwachtend beleid en conservatieve behandeling was voorliggend. Afwijken van het afwachtend beleid is soms mogelijk, maar dan moet er een harde operatie-indicatie bestaan en dat is hier niet het geval.
- Verzoekster heeft een substitutievergoeding benoemd. Echter, bespaarde kosten van eventueel wel verzekerde zorg spelen geen rol bij de vraag of aanspraak bestaat op vergoeding van zorg. De zorgverzekeraar ziet niet in dat bij verzoekster het vertrouwen is gewekt dat de operatie zou worden vergoed.
- Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar verklaard dat voor de behandeling van een hernia ook een richtlijn is die afwachtend beleid voorstelt. Er geldt een uitzondering voor bijzondere indicaties, bijvoorbeeld acuut uitval. De zorgverzekeraar is op basis van wat er is uitgevoerd uitgegaan van een stenose.
- Los van de vraag of fysiotherapie echt het verschil gaat maken in een situatie, kan dit wel worden geprobeerd. Van een verzekerde wordt verwacht dat de conservatieve periode zo optimaal mogelijk wordt gebruikt. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat intensieve paramedische behandelingen zijn ondergaan nadat de recidive optrad.
- De zorgverzekeraar ziet geen aanleiding om af te wijken van het afwachtende beleid. Het Zorginstituut ziet daarvoor ook geen reden. Ten aanzien van het contact met aanvragers geldt dat dit niet mogelijk is. De beoordelaars kijken naar de medische informatie en beoordelen aanvragen samen met de medisch adviseur. Persoonlijke motivatie speelt hierbij geen rol. Contact met de behandelend arts wordt alleen tot stand gebracht als er twijfel bestaat. In de meeste gevallen gaat het om een verschil van inzicht over de vraag of de zorg voor vergoeding in aanmerking komt. Het is aan de behandelend arts om te beoordelen of er een medische indicatie is voor de zorg. De zorgverzekeraar beoordeelt of er ook een verzekeringsindicatie is.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 20 juli 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Indicatievoorwaarden

Volgens de richtlijn Ongeïndstrumenteerde wervelkolomchirurgie kan bij spinale stenose (kanaalstenose) een operatie pas overwogen worden na optimale conservatieve therapie.

Bij de richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom is in het kader van samen beslissen een Keuzekaart voor patiënten ontwikkeld in samenspraak met alle betrokken partijen. Deze keuzekaart gaat ervan uit dat vanaf een klachtenduur van de beenpijn van zes tot acht weken, in overleg met de arts, een keuze kan worden gemaakt voor doorgaan met conservatieve en medicamenteuze behandeling of overgaan tot een operatie. In de richtlijn wordt bij de indicatiestelling aanbevolen om met de patiënt te bespreken dat:

- 1) meer dan de helft van de patiënten geneest met een conservatieve behandeling;*
- 2) de resultaten van chirurgische en conservatieve behandeling (bij een klachtenduur van ongeveer tien tot twaalf weken) na één jaar vergelijkbaar zijn;*

- 3) ongeveer 40% van de patiënten die voor een conservatieve behandeling hebben gekozen alsnog geopereerd worden, omdat klachten onvoldoende verbeterden; en
- 4) dat indien de pijn niet afneemt na tien tot twaalf weken chirurgisch ingrijpen overwogen kan worden.

Daarnaast is de aanbeveling om het lumbaal radiculair syndroom op basis van een HNP chirurgisch te behandelen wanneer de patiënt dit weloverwogen wenst in samenspraak met de behandelend arts. Hierbij dienen de premorbide status en de mogelijke complicatie te worden afgewogen.

Volgens deze richtlijn wordt in het algemeen alleen tot operatieve therapie overgegaan, indien conservatieve therapie gefaald heeft. Uit de tekst van de richtlijn blijkt niet hoe lang de periode van conservatief beleid zou moeten zijn. De richtlijn geeft aan welke opties er voor conservatieve behandeling zijn, maar stelt niet dat alle opties moeten worden toegepast.

Indicatie verzoekster

Uit de brief van de neuroloog van 19 juni 2025 en de brief van de fysiotherapeut van 30 juni 2025 [en] blijkt dat er geen conservatieve therapie heeft plaatsgevonden bij verzoekster. Daarbij is er veel onduidelijkheid over de diagnose. De klachten van verzoekster kunnen het gevolg zijn van de op de CT-scan gesignaleerde stenose met mogelijk contact met de zenuwwortel op niveau L5-S1. De chirurg benoemt in zijn brief van 19 juni 2025 de klachten als S1-pijn. Verder benoemt hij dat er sprake is van een discushernia op niveau L4-L5, maar dit staat niet in het verslag van de CT-scan. Uit de beschikbare informatie wordt niet duidelijk waarop de chirurg deze constatering heeft gebaseerd.

Volgens de neurochirurg is er sprake van een radiculair syndroom door een discushernia op niveau L4-L5. Voor de indicatiestelling voor de operatieve interventie is dan ook de tijdsduur tussen [het] ontstaan van de klachten en het moment van operatie van belang. Gezien het feit dat verzoekster eind april 2025 bij de neurochirurg is geweest en uiteindelijk eind juli 2025 is geopereerd, is de tussenliggende periode ongeveer dertien weken. Nu er echter geen sprake is geweest van conservatieve therapie, is verzoekster niet redelijkerwijs aangewezen op de zorg.

Conclusie

Verzoekster voldoet niet aan de geldende specifieke indicatievoorwaarden uit de richtlijn Ongeïnduceerde wervelkolomchirurgie. Deze richtlijn schrijft voor dat bij spinale stenose (kanaalstenose) een operatie pas kan worden overwogen na optimale conservatieve therapie. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat bij verzoekster sprake is geweest van conservatieve therapie. Verzoekster kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding van een decompressie-operatie (laminectomie) bij spinale stenose.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op een decompressie-operatie (laminectomie) bij spinale stenose.”

- 5.2. In het definitief advies van 7 september 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en het aanvullende stuk ontvangen. Hieruit komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

U verzoekt het Zorginstituut in uw begeleidende brief in te gaan op de volgende twee vragen:

“ – In uw voorlopig advies noemt u twee richtlijnen, welke richtlijn is wanneer van toepassing?

- Hoe moeten de criteria van conservatieve behandeling worden gezien? Gaat het om alternatieve voorwaarden of cumulatieve voorwaarden. Dit mede gelet op de verklaring van de fysiotherapeut dat hij verzoekster niet verder kan helpen en de verklaring van de neurochirurg dat pijnblokkades bij verzoekster geen zin hebben”.

Toepassing richtlijnen

Bij de door de neurochirurg gestelde diagnose ‘ischias rechts t.g.v. kanaalstenose niveau L4-L5, zonder instabiliteit’ is de richtlijn Ongeïnstumenteerde wervelkolomchirurgie van toepassing. De richtlijn geeft aan dat eerst optimale conservatieve behandeling dient plaats te vinden, voordat sprake kan zijn van een operatie-indicatie. Het dossier bevat geen informatie over toegepaste conservatieve behandelingen en uit het hoorzittingsverslag blijkt ook dat deze niet hebben plaatsgevonden.

Voor de volledigheid is – gezien de door de neurochirurg als nevendiagnose aangegeven discushernia op niveau L4-L5 – de indicatie ook aan de hand van de richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom beoordeeld, aangezien bij een lumbale hernia ook de termijn tussen het ontstaan van de radriculaire klachten en de overweging tot en uitvoering van een operatieve behandeling van belang is. Hierbij heeft het Zorginstituut aan de hand van de beschikbare informatie vastgesteld dat deze termijn van voldoende lengte is geweest, dus aan dat indicatiecriterium was voldaan.

Echter, dit criterium is alleen van toepassing als in voldoende mate kan worden geverifieerd dat er sprake was van een lumbale hernia. Deze diagnose is alleen genoemd door de neurochirurg, zonder dat is aangegeven op basis van welke klinische symptomen of beeldvormende diagnostiek dit is gebeurd. Het verslag van de radioloog ondersteunt de diagnose discushernia niet. De beschreven radriculaire klachten passen bij het niveau L5-S1 en worden elders door de neurochirurg ook als ‘S1-klachten’ benoemd. Aangezien op dat niveau al een uitgebreide operatie heeft plaatsgevonden, leidt dit niet tot een operatie-indicatie, en zeker niet op het bovenliggende niveau.

Deze richtlijn is niet relevant als de diagnose discushernia op niveau L4-L5 niet verder kan worden onderbouwd.

Criteria conservatieve behandeling

In de richtlijn Ongeïnstumenteerde wervelkolomchirurgie wordt niet benoemd welke conservatieve behandelopties beschikbaar zijn en wanneer sprake is van optimale conservatieve behandeling. Niet alle beschikbare opties hoeven te zijn toegepast, maar er dient wel uitgebreid te worden geprobeerd of met een aantal conservatieve behandelingen, tegelijkertijd of achtereenvolgend, klinische verbetering kan worden bereikt.

Daartoe vindt eerst een afweging van de beschikbare opties plaats, waarna de relevante opties worden ingezet en het resultaat daarvan wordt geëvalueerd. Naast fysiotherapie, anesthesiologische pijn-injecties en pijnmedicatie kan ook worden gedacht aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling of afzonderlijke ergotherapeutische of psychosociale ondersteuning.

Uit het voorliggend dossier blijkt niet dat uit objectieve medische informatie volgt dat enige conservatieve behandeling is toegepast en in welke mate dit resultaat heeft gehad. Het op voorhand uitsluiten van alle conservatieve behandelopties door verzoekster of behandelaar voldoet niet aan de richtlijn, aangezien bij deze nieuwe klachten (en nieuwe diagnose) sommige hiervan effectief hadden kunnen zijn.”

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. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar België, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 van de Verordening (EG) nr. 883/2004. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar tijdig om voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft afwijzend beslist, omdat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op de aangevraagde behandeling. De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket is beoogd. Dit betekent dat de voorwaarde met betrekking tot het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' onverkort geldt. Ten aanzien van de afwijzing door de zorgverzekeraar op die grond overweegt de commissie als volgt.
- 7.3. Op grond van hetgeen is beschreven op pagina 3 tot en met 5 (artikel B.2.1. en B.2.2.) van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. Tussen partijen is voorts niet in geschil dat de zorgverzekering dekking biedt voor medisch specialistische zorg en dat de genoten zorg een verzekerde prestatie betreft. Wat partijen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of verzoekster ook redelijkerwijs was aangewezen op de in Sint-Niklaas uitgevoerde rugoperatie.
- 7.4. Verzoekster heeft gesteld dat de ingreep volgens de behandelend arts en de fysiotherapeut helpend zou zijn en dat het volgen van een conservatief traject inging tegen het behandelvoorstel. De commissie merkt in dit verband op dat, waar het gaat om de zorgverzekering, het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen bij de behandelend arts ligt. Als deze een medische indicatie stelt, is het vervolgens aan de verzekeraar om te beoordelen of de behandeling ook voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Het feit dat een behandelend arts van oordeel is dat een behandeling medisch gezien nodig is, maakt dus niet automatisch dat de kosten hiervan moeten worden vergoed door de verzekeraar.
- 7.5. Het Zorginstituut heeft in zijn advies aan de commissie van 20 juli 2026 uitgelegd dat verzoekster niet voldoet aan de geldende specifieke indicatievoorwaarden uit de richtlijn Ongeïndstrumenteerde wervelkolomchirurgie. Deze richtlijn schrijft voor dat bij spinale stenose (kanaalstenose) een operatie pas kan worden overwogen na optimale conservatieve therapie. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat bij verzoekster sprake is geweest van conservatieve therapie. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op een decompressie-operatie (laminectomie) bij spinale stenose en adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek.
In zijn definitief advies van 7 september 2026 heeft het Zorginstituut uitgelegd dat bij de door de neurochirurg gestelde diagnose 'ischias rechts t.g.v. kanaalstenose niveau L4-L5, zonder instabiliteit' de richtlijn Ongeïndstrumenteerde wervelkolomchirurgie van toepassing is en dat op

basis van de beschikbare medische informatie onvoldoende kan worden onderbouwd dat de richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom van toepassing zou zijn. Verder heeft het Zorginstituut toegelicht dat in de richtlijn Ongeïndstrumenteerde wervelkolomchirurgie niet wordt benoemd welke conservatieve behandelopties beschikbaar zijn en wanneer sprake is van optimale conservatieve behandeling. Niet alle beschikbare opties hoeven te zijn toegepast, maar er dient wel uitgebreid te worden geprobeerd of met een aantal conservatieve behandelingen, tegelijkertijd of achtereenvolgend, klinische verbetering kan worden bereikt. Daartoe vindt eerst een afweging van de beschikbare opties plaats, waarna de relevante opties worden ingezet en het resultaat daarvan wordt geëvalueerd. Naast fysiotherapie, anesthesiologische pijn-injecties en pijnmedicatie kan ook worden gedacht aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling of afzonderlijke ergotherapeutische of psychosociale ondersteuning. Uit het voorliggend dossier blijkt niet dat uit objectieve medische informatie volgt dat enige conservatieve behandeling is toegepast en in welke mate dit resultaat heeft gehad. Het op voorhand uitsluiten van alle conservatieve behandelopties door verzoekster of behandelaar voldoet niet aan de richtlijn, aangezien bij deze nieuwe klachten (en nieuwe diagnose) sommige hiervan effectief hadden kunnen zijn.

- 7.6. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, waaronder haar stellingen over het succes van de behandeling, de risico's van een afwachtend beleid, en de vergoeding van eerdere operaties in hetzelfde ziekenhuis, geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Hetgeen partijen hebben gesteld ten aanzien van de uitgevoerde diagnostiek behoeft in dit verband geen bespreking.
Ten aanzien van de opmerking van verzoekster dat ook binnen een conservatief traject een flink kostenplaatje voor de zorgverzekeraar zou zijn ontstaan, geldt dat dit gegeven niet maakt dat hierdoor aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de operatie. De zorgverzekering voorziet immers niet in de mogelijkheid van substitutie, te weten het vergoeden van niet-verzekerde zorg op basis van de bespaarde kosten van wel verzekerde zorg.
- 7.7. Uit het voorgaande volgt dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Sint-Niklaas uitgevoerde rugoperatie op basis van de zorgverzekering. Dit betekent dat ook de toestemming op grond van de verordening haar terecht werd onthouden.
- 7.8. Verzoekster heeft nog opgemerkt dat het de zorgverzekeraar zou sieren als hij al een deel van de operatiekosten uit coulance zou compenseren. De commissie merkt op dat het toepassen van coulance niet juridisch verplicht is. Het coulancebeleid is voorbehouden aan de zorgverzekeraar. In die beslissing kan de commissie niet treden.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 oktober 2026,

J.J.M. Linders

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 gehemelte spleten, 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.

Buitenland

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

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

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 een verdragsland: de wettelijke regeling van het verdragsland voor zorg in een verdragsland.
 2. Voor zorg in het buitenland: buitenlandzorg heeft een gelijke omvang en hoogte zoals de zorg in Nederland is verzekerd voor zorg in het buitenland.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

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 Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

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 Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Dieetpreparaten

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Dieetpreparaten (artikel B.16.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten voor drink- en/of sondevoeding

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor dieetpreparaten.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een stofwisselingsstoornis.
 - U heeft een voedselallergie.
 - U heeft een resorptiestoornis.
 - U heeft (risico op) ondervoeding door een ziekte.
Dit is gemeten met een officieel vastgestelde methode.
 - U heeft dieetpreparaten nodig volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

Wat zijn de voorwaarden?

- Aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding zijn niet voldoende voor u
- Voor dieetpreparaten gelden de voorwaarden van bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering
De Regeling zorgverzekering kunt u vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.
- De dieetpreparaten zijn geregistreerd als dieetpreparaat en opgenomen in de G-standaard van de Z-index
Z-Index is een register dat alle zorgproducten controleert, beheert en verspreid die bij de openbare apotheek en apotheekhoudend huisarts verkrijgbaar zijn en plaatst deze in de G-Standaard. Wij gebruiken deze G-Standaard bijvoorbeeld om te zien of een product geregistreerd is en wat het tarief is voor dat product.
- We vergoeden de dieetpreparaten die u krijgt als gevolg van een allergie vanaf het moment dat de allergie is vastgesteld door de juiste voorschrijver volgens de geldende richtlijnen.
Bij bijvoorbeeld een vermoeden van een koemelkeiwitallergie (KMEA) worden testen gedaan. De testperiode voorafgaand aan de definitieve diagnose komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Medisch specialist
- Specialist ouderengeneeskunde

- Zelfzorggeneesmiddelen en intramurale medicijnen die volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen.
Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen met hyaluronzuur) die niet in het GVS zijn opgenomen, zijn beschreven in het Reglement Hulpmiddelen bij 'Overige optische hulpmiddelen'.
- Medicijnen waarvoor na falen een beroep gedaan kan worden op een tegemoetkomingsregeling of als het gaat om een recall
 - Bijvoorbeeld een hulp- of verbruiksartikel gerelateerde toedieningsvorm met fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingsregelingen.
 - Bij een recall moet een medicijn terug naar de apotheek omdat er bijvoorbeeld een fout in het medicijn zit.
- Medicijnen voorgeschreven door een alternatief zorgverlener of door een andere zorgverleners die wij niet noemen bij 'behandelvoorstel'.
- Verzorgingsproducten en cosmetische producten, of producten die daarmee overeenkomen
Bijvoorbeeld tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen, mondspoelmiddelen en zonnebrandartikelen.
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om, behalve bij een spoedeisende situatie
- 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

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

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 gips aanleggen of een ECG-onderzoek);
 - medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen en onderdeel zijn van het DBC zorgproduct;
 - laboratoriumonderzoek;
 - verpleging;
 - second opinion.
- Opname bij medisch specialistische zorg
Het gaat hierbij om deze zorg:
 - opname in de laagste klasse van een ziekenhuis of Z.B.C.;
 - verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Voor medisch specialistische zorg: 100%; en
- Voor opname bij medisch specialistische zorg: 100% maximaal 3 jaar (1095 dagen).
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 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 staan in een ander artikel

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 bepaalde 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 (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 kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg. 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 Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 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?

- Bij de telling van het aantal opnamedagen gelden deze regels:
 - Onderbreking korter dan 31 dagen: deze dagen tellen niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking tellen we verder.
 - Onderbreking langer dan 30 dagen: we beginnen opnieuw te tellen. U heeft weer opnieuw recht op (vergoeding van) de zorg voor het totaal aantal opnamedagen.
 - Onderbreking voor weekend- of vakantieverlof: deze dagen tellen mee bij het totaal aantal dagen, alsof de opname doorloopt.
- Bij opname in het buitenland geldt het Nederlandse verpleegtariaf
Een instelling voor medisch specialistische zorg in het buitenland kan twee of meer (verpleeg)klassen hebben. Voor 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 bepaalde 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 (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 in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza):
 - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
 - een algemeen ziekenhuis
 - een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis met één of enkele medische specialismen, zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis);
 - een universitair ziekenhuis.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

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.

- 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. Nieuwe technische ontwikkelingen vormen geen reden voor vervanging van een hulpmiddel binnen de gebruikstermijn.
- 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.

- 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. Nieuwe technische ontwikkelingen vormen geen reden voor vervanging van een hulpmiddel binnen de gebruikstermijn.
- 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.