

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202501187

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 14 juli 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ. In een telefoongesprek met een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen op 14 oktober 2025 heeft verzoekster verklaard een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) te willen, hetgeen haar bij brief van dezelfde datum is bevestigd. Op 6 november 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 19 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 december 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 12 februari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025029551) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 12 februari 2026, aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 april 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 28 april 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 12 februari 2026 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in het definitief advies in te gaan op (i) het feit dat verzoekster in januari 2026 alleen de fusieoperatie heeft laten uitvoeren en mogelijk in de toekomst het occult tethered cord wil laten losmaken, en (ii) in te gaan op de stelling van verzoekster dat de behandelend arts gedegen radiologisch onderzoek heeft gedaan.
Bij brief van 3 juni 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 3 juni 2026, aan partijen gestuurd, waarbij hun de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben zij geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende

ziektekostenverzekeringen OHRA Tand Sterk en OHRA Energiek (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 2.2. Verzoekster is gediagnosticeerd met craniocervicale instabiliteit (CCI), atlantoaxiale instabiliteit (AAI) en een occult tethered cord (OTC). Deze aandoeningen hebben geleid tot forse beperkingen. De behandelend neurochirurg in Barcelona, Spanje, heeft een C0–C2-fusie en het losmaken van het occult tethered cord geadviseerd. In vervolg hierop heeft verzoekster in januari 2025 met de brief van de arts van 23 oktober 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een in Barcelona uit te voeren C0-C2-fusie en het losmaken van het occult tethered cord in verband met CCI, AAI en een OTC bij hypermobiel Ehlers-Danlos Syndroom (hEDS). Bij brief van 28 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist.
- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 26 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. In januari 2026 heeft verzoekster in Barcelona de aangevraagde fusieoperatie op niveau C0-C2 laten uitvoeren. Het occult tethered cord werd vooralsnog niet losgemaakt.
- 2.5. Bij brief van 12 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 3 juni 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de in januari 2026 in Barcelona uitgevoerde fusieoperatie op niveau C0-C2 te vergoeden ten laste van de zorgverzekering en toestemming te geven voor het losmaken van een occult tethered cord.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij al enkele jaren diverse klachten heeft waarvoor zij, zonder resultaat, behandelingen fysiotherapie, hydrotherapie en Pilates heeft gehad. In 2024 is bij verzoekster de diagnose CCI gesteld en hiervoor moest zij een noodzakelijke operatie ondergaan. Deze operatie kon worden uitgevoerd door een gespecialiseerde chirurg in Barcelona. De ziektekostenverzekeraar heeft op de hiertoe ingediende aanvraag afwijzend beslist en verzoekster geadviseerd een second opinion te laten uitvoeren bij een door de ziektekostenverzekeraar genoemde Nederlandse medisch specialist. Nog daargelaten dat deze Nederlandse arts door gebrek aan subsidies is gestopt met het uitvoeren van fusies, geldt dat de betreffende arts voornamelijk is gespecialiseerd in de behandeling van letsel na een trauma. Dit betekent dat hij minder ervaring heeft met patiënten met CCI bij Ehlers-Danlos Syndroom.
- 3.3. Verder voert verzoekster aan dat de inmiddels in Spanje uitgevoerde fusieoperatie een bewezen effectieve behandeling was voor haar specifieke klachten en ook internationaal kan worden gezien als gebruikelijke zorg. De ziektekostenverzekeraar verwijst onder andere naar een artikel waarin staat dat een fusieoperatie alleen mag worden uitgevoerd als sprake is van radiologisch ondersteunend bewijs. De behandelend chirurg in Barcelona is het hiermee eens en heeft om die reden ook gedegen radiologisch onderzoek gedaan. Daarenboven werkt de chirurg met het dragen van een harde nekkraag. Gedurende een testperiode moet ook een cervico-thoraciale orthese (CTO) worden gedragen. Met deze CTO merkte verzoekster dezelfde verbetering als met de nekkraag, wat volgens de medisch specialist betekende dat zij goed zou reageren op een

fusieoperatie. Theoretisch zou verzoekster toe moeten kunnen met het permanent dragen van een nekkraag, maar uit de literatuur volgt dat dit geen structurele oplossing is. Daarnaast geldt dat het permanent dragen van een dergelijke nekkraag leidt tot enorme spierzwakte (Russek et al., 2023). Voorts voert verzoekster aan dat zij de fusieoperatie wilde laten uitvoeren om haar spraakvermogen, de beenfunctie en de dysautonomie te verbeteren. Dit zijn andere redenen dan de ziektekostenverzekeraar veronderstelt.

- 3.4. Naast de fusieoperatie heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor het losmaken van het occult tethered cord (OTC) afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft echter geen argumenten aangevoerd waarom deze ingreep niet wordt vergoed, terwijl uit de literatuur blijkt dat het losmaken van het OTC in de situatie van verzoekster juist de meest passende oplossing is, mits er snel wordt gehandeld (Yang, 2021). Volgens de behandelend medisch specialist in Barcelona is het losmaken van het OTC noodzakelijk, omdat de klachten erger kunnen worden door het stabiliseren van de nek met een C0-C2-fusie.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat haar medische situatie begin 2025 erg verslechterde omdat zij ook last kreeg van ademhalingsproblemen. Gelet op deze klachten zag verzoekster zich genooddaakt om al in januari 2026 de aangevraagde fusieoperatie op niveau C0-C2 te laten uitvoeren. Was dit niet gebeurd, dan was zij waarschijnlijk overleden aan de gevolgen van CCI. Dit laatste brengt met zich dat verzoekster zich niet kan verenigen met het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat de uitgevoerde behandeling niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk'. Een alternatieve behandeling was namelijk niet beschikbaar. Daar komt bij dat bij aandoeningen zoals spina bifida een fusieoperatie wel verzekerde zorg is, terwijl de klachten die verzoekster had vergelijkbaar zijn. Voor zover de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt stelt dat zij niet de beschikking had over een geldige verwijzing, geldt dat verzoekster een op 13 maart 2025 door de huisarts gegeven verwijzing heeft overgelegd. Voorafgaand aan het eerste consult bij de Spaanse medisch specialist had verzoekster inderdaad geen verwijzing, maar dit is niet relevant, omdat zij ervan uit was gegaan dat het diagnostisch onderzoek sowieso niet zou worden vergoed. De verwijzing die door de huisarts is afgegeven dateert van vóór de in januari 2026 uitgevoerde ingreep.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft allereerst opgemerkt dat door verzoekster op 23 oktober 2024 bij hem een aanvraag is ingediend voor een in Barcelona uit te voeren operatie. Ook het behandelplan is van die datum. De verwijzing van de huisarts dateert echter van 13 maart 2025, wat betekent dat er voorafgaand aan de operatie geen gerichte verwijzing was. Het ontbreken van een verwijzing is geen formaliteit waaraan achteraf kan worden voldaan. Uit artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet volgt dat medisch-specialistische zorg slechts toegankelijk is nadat een verwijzing is verkregen. Ondanks het ontbreken van een geldige verwijzing heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog een inhoudelijke beoordeling uitgevoerd. Uit deze inhoudelijke beoordeling volgt dat de door de Spaanse neurochirurg voorgestelde, en deels ook uitgevoerde behandeling niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en dat daarnaast de indicatie niet navolgbaar is.
- 4.2. Dat een fusieoperatie op niveau C0-C2 en het losmaken van het OTC niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' blijkt uit een advies van het Zorginstituut in een geschil waarover de commissie eerder een bindend advies heeft uitgebracht (GcZ, 18 november 2020, SKGZ201901006). De conclusie was in dat geval dat een fusieoperatie op niveau C0-T1 niet voldoet aan genoemd criterium. Dat bij verzoekster de fusie plaatsvond op niveau C0-C2 maakt geen verschil omdat het principe hetzelfde is. Van de door de zorgverzekeraar genoemde, volgens hem in Nederland meest gerenommeerde en vooraanstaande neurochirurg heeft de ziektekostenverzekeraar begrepen dat een fusieoperatie op dit niveau op de langere termijn nog

niet bewezen effectief is. Tot eenzelfde conclusie komt de ziektekostenverzekeraar na de door hem uitgevoerde literatuursearch. De gebruikte zoektermen waren: ‘craniocervical instability AND EDS’. Er werden vijf publicaties gevonden over de diagnostiek en chirurgie bij craniocervicale instabiliteit (bij Ehlers-Danlos Syndroom). Uit de publicaties blijkt dat er nog weinig bewijs is voor zowel de diagnostiek als de chirurgische behandeling van deze problematiek, en dat meer onderzoek (prospectieve, multicentre studies) nodig is om de indicaties voor, en de rol van, chirurgie duidelijk te krijgen.

- 4.3. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat de inhoudelijke medische informatie over de anamnese en het bij verzoekster uitgevoerde lichamelijk onderzoek niet navolgbaar is. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar merkt hierover het volgende op: *“Zoals uit het lichamelijk onderzoek blijkt is de sensibiliteit en kracht intact. Dit weersprekt dat er mogelijk sprake zou zijn van een paraparese. Er is een CT-scan verricht waarop bepaalde hoeken gemeten zouden zijn. Het meten van hoeken en gebruik hiervan in de klinische praktijk is echter niet bewezen. Literatuur hieromtrent geeft het volgende aan:*

This value was found to be unreliable on CT where the basion-axial interval ranged from -8.7 mm to 26 mm in normal subjects.

Rojas C, Bertozzi J, Martinez C, Whitlow J. Reassessment of the Craniocervical Junction: Normal Values on CT. AJNR Am J Neuroradiol. 2007;28(9):1819- 23. doi:10.3174/ajnr.a0660 – Pubmed
Overige diagnosen die tot een dergelijk ziektebeeld kunnen leiden zijn niet of onvoldoende uitgesloten. Als men kijkt naar de voorgeschiedenis zijn er meerdere diagnosen die tot vergelijkbare klachten kunnen leiden. [Naam arts] geeft ook aan dat hij een operatie C0-C2 voorstelt om subaxiale instabiliteit te kunnen bewijzen. Een dergelijke risicovolle ingreep is niet geschikt als diagnosticum. Gezien het ook irreversibel is.”

Gelet op de bevindingen van de medisch adviseur is de conclusie dat op basis van de anamnese, het lichamelijk onderzoek, en de verrichte aanvullende onderzoeken niet is aangetoond dat bij verzoekster sprake is van CCI+AAI bij hypermobiel EDS. Daarnaast is niet aangetoond dat de voorgestelde behandeling de klachten zou doen verminderen. Het betreft een risicovolle operatie en deze is zonder overtuigend bewijs ongeschikt als diagnosticum. Het voorgaande leidt ertoe dat niet kan worden gesteld dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de voorgestelde behandeling. Daarmee wordt niet voldaan aan artikel A.3 van voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel is gebaseerd op artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat er onvoldoende bewijs is dat een fusieoperatie op niveau C0-C2 met het losmaken van het OTC bij hEDS ook op de langere termijn effectief is. Zolang dit bewijs ontbreekt, zal de ziektekostenverzekeraar de behandelingen niet vergoeden. Het feit dat de fusieoperatie al is uitgevoerd en verzoekster in de toekomst het tethered cord wil laten losmaken maakt hierin geen verschil. Dit omdat beide ingrepen niet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’. Mocht dit standpunt door de commissie worden gepasseerd, dan geldt onverkort dat niet is gebleken dat verzoekster beschikte over een geldige verwijzing. Tot slot dient te worden herhaald dat voorafgaand aan de ingreep twijfels bestonden over de daadwerkelijke diagnose. Een fusieoperatie op niveau C0-C2 met het losmaken van het OTC kan niet worden ingezet om een mogelijke diagnose bevestigd te krijgen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 12 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De aangevraagde behandeling betreft een fusieoperatie van C0-C2 met het losmaken van het OTC. Voor de vergoeding van deze behandeling vanuit de Zvw wordt eerst beoordeeld of de voorgestelde behandeling voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk bij patiënten die een

vastgestelde (medische) indicatie voor deze behandeling hebben. Als deze behandeling hieraan voldoet, is aan de orde of verzoekster redelijkerwijs aangewezen is op de behandeling.

Achtergrond

Ehlers-Danlos Syndromen (EDS) is de verzamelnaam voor zeldzame bindweefselafwijkingen. hEDS is de meest voorkomende vorm van EDS, met een geschatte prevalentie van één op de vijfduizend mensen. De meeste vormen van EDS gaan gepaard met een genafwijking en zijn erfelijk. Bij hEDS is de genafwijking niet bekend, en zodoende kan de diagnose niet gesteld worden met DNA-onderzoek. Deze diagnose wordt gesteld op basis van klinische criteria.

Symptomen die passen bij EDS zijn wisselend, maar betreffen onder andere: hypermobiele gewrichten met makkelijke (sub)luxaties, pijn, vermoeidheid en gastro-intestinale klachten. Daarnaast kan de huid erg rekbaar zijn, kunnen er sneller blauwe plekken ontstaan en kan het langer duren voordat een wondje genezen is.

Ook kan er sprake zijn van craniocervicale instabiliteit, doordat de ligamenten in de nek te slap zijn om de schedel (C0) en de bovenste nekwervels (C1-C2) stabiel te houden. Hierbij kunnen neurologische symptomen ontstaan door druk op de zenuwen/ruggenmerg.

Hoe EDS verloopt, verschilt per persoon. Er is geen behandeling waardoor EDS genezen kan worden. Behandeling van hEDS is erop gericht om zo min mogelijk last te hebben van de gevolgen van EDS, en bestaat o.a. uit fysiotherapie, ergotherapie, manuele therapie, ondersteuning van een psycholoog en pijnstilling. In zeldzame gevallen kan chirurgie nodig zijn.

Een tethered cord is een afwijkend bandje of littekenweefsel tussen de onderzijde van het ruggenmerg en de wervelkolom. Het remt de normale beweeglijkheid van het ruggenmerg, waardoor spanning op de zenuwen kan ontstaan. Dit kan klachten geven van pijn in de benen, problemen met lopen of problemen met continentie. Het tethered cord syndroom wordt onder andere beschreven bij patiënten met hEDS.

Richtlijnen

Er zijn geen klinische richtlijnen waar evidence based aanbevelingen worden gedaan t.a.v. chirurgische ingrepen bij hEDS.

NHG huisartsenbrochure Ehlers-Danlos Syndromen (EDS), 2023:

In de NHG huisartsenbrochure EDS uit 2023 is onder meer het volgende opgenomen:

“Het advies geldt om chirurgische ingrepen aan de gewrichten zoveel mogelijk te vermijden vanwege onder andere het (vaak) beperkte resultaat, de mogelijke complicaties ter plaatse van de wond en de consequenties voor naastgelegen gewrichten.”

Literatuuronderzoek

Een literatuursearch is uitgevoerd in Embase, Pubmed en Cochrane Central op 9 januari 2026. De precieze zoekstrategie is te vinden in de bijlage (tabel 1). Er werden acht artikelen gevonden. Deze zijn gescreend op titel en abstract waarbij er vier artikelen geëxcludeerd werden aangezien de studies geen EDS-patiënten betroffen of het een beschrijvende review betrof. Vier studies werden geïnccludeerd: één systematische review, één retrospectieve studie over craniocervicale instabiliteit en twee observationele studies over occult tethered cord syndroom. De geïnccludeerde studies worden hieronder beschreven.

Lohkamp et al. 2022, beschrijft een systematische review over craniocervicale instabiliteit bij EDS. Zestien artikelen zijn geïnccludeerd met een totaal van 78 patiënten. De geïnccludeerde studies betreffen case series en retrospectieve studies. Geconcludeerd wordt dat er een gebrek is aan kwalitatief goede en prospectieve studies. Chirurgische fixatie bij een verdenking op

craniocervicale instabiliteit kan alleen overwogen worden in casus waarbij er radiologisch bewijs van instabiliteit is én overeenkomende klinische symptomen.

Henderson et al. 2024, beschrijft een retrospectieve studie waarin 53 patiënten met EDS, die zich presenteerden met hevige hoofd- en nekpijn, uitval van de onderste hersenzenuwen, cervicomedullair syndroom, myelopathie en radiologische aanwijzingen voor craniocervicale instabiliteit hadden, een fusieoperatie ondergingen. De data zijn gehaald uit standaardvragenlijsten die pre- en post-operatief waren afgenomen en uit notities van artsen. Hoewel er verbetering is gevonden van pijn, mentale vermoeidheid, orthostatische en neurologische symptomen, evenals niet-neurologische symptomen zoals vermoeidheid en het algemene functioneren in het dagelijks leven, wordt gesteld dat prospectieve multicenter studies met langere follow-up noodzakelijk[s] zijn, mede in verband met recall bias.

Een retrospectieve studie over het tethered cord syndrome wordt beschreven door Zingman et al. 2022. Dertig patiënten met hEDS met tethered cord syndrome ondergingen een surgical release. Lage rugpijn verbeterde significant in het gehele cohort. Loopafstand nam significant toe, echter werd slechts bij negentien patiënten een meting voor en na de procedure gedaan. De tevredenheid onder patiënten die de ingreep ondergingen was hoog.

Eén patiënt onderging re-operatie één week postoperatief in verband met liquorlekkage. Er werden geen andere complicaties beschreven. De auteurs concluderen dat de resultaten van de studie positief zijn, maar dat deze voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. Er wordt aanbevolen een prospectieve, gerandomiseerd multicenter studie te overwegen.

Een andere observationele studie over het tethered cord syndrome wordt beschreven door Klinge et al. 2022. hEDS patiënten hebben vaak symptomen die lijken op het tethered cord syndrome, maar patiënten hebben daarbij geen laagliggende conus medullaris op beeldvorming. In deze studie zijn 78 patiënten met hEDS en klinische tethered cord syndrome zonder radiologische afwijkingen vergeleken met 38 patiënten met klassieke tethered cord syndrome mét radiologische afwijkingen zonder hEDS. Beide groepen ondergingen klieving van het filum terminale. In beide groepen werd een significante verbetering gevonden van neurologische symptomen, blaas- en darmfunctie na drie en twaalf maanden.

Bij 10 van de 78 (12,8%) patiënten met hEDS werd een tijdelijke of permanente verslechtering van de klinische conditie gevonden tijdens de follow-up periode. Bij één patiënt in de hEDS groep vond een revisie operatie plaats in verband met een pseudomeningocele en in een andere patiënt vond een revisie operatie plaats in verband met retethering. De auteurs concluderen dat verwijdering van het filum terminale bij geselecteerde hEDS patiënten symptoomverbetering kan geven, maar ook dat op basis van deze studie niet bewezen kan worden dat chirurgische behandeling voor tethered cord syndrome superieur is aan conservatieve behandeling.

Er zijn momenteel dus geen studieresultaten gepubliceerd waarin een groep patiënten die behandeld is middels fusieoperatie van C0-C2 of het losmaken van occult tetherd cord vergeleken is met een groep patiënten die conservatieve behandeling krijgt. Daarmee is de bewijskracht van de beschikbare studies (zeer) laag en de effectiviteit van een fusieoperatie van C0-C2 (met losmaken van een occult tethered cord) onzeker. De aangevraagde fusieoperatie C0-C2 met losmaken van een occult tethered cord voldoet dan ook niet aan de stand van wetenschap en praktijk.

Conclusie

Uit de beschikbare wetenschappelijke literatuur en richtlijnen blijkt niet dat een fusieoperatie van C0-C2 met losmaken van een occult tethered cord bewezen effectief is bij de indicaties van verzoekster. Verzoekster kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding van deze zorg vanuit het basispakket.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een fusieoperatie C0-C2 met losmaken van een occult tethered cord in verband met craniocervicale instabiliteit, atlantoaxiale instabiliteit en een occult tethered cord bij hypermobiel Ehlers-Danlos Syndroom maakt geen onderdeel uit van het basispakket.”

- 5.2. In het definitief advies van 3 juni 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“U vraagt het Zorginstituut in uw brief van 28 april 2026 aandacht te besteden aan de volgende twee vragen:

- Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij onlangs alleen de fusieoperatie heeft laten uitvoeren en dat zij mogelijk in de toekomst pas het tethered cord wil laten losmaken. Kunt u toelichten of uit het voorlopig advies moet worden begrepen dat ook de ingrepen afzonderlijk van elkaar volgens het Zorginstituut niet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk?*
- Wilt u ook ingaan op de stelling van verzoekster dat de behandelend arts gedegen radiologisch onderzoek heeft gedaan?*

Twee aparte behandelingen

Het uitvoeren van een fusieoperatie en het losmaken van een tethered cord kunnen worden beschouwd als twee aparte behandelingen. Ten aanzien van de fusieoperatie van C0-C2 bij patiënten met hEDS met CCI en AAI verwijst het Zorginstituut naar zijn beoordeling in het voorlopig advies van 12 februari 2026. Hierin is geconcludeerd dat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het losmaken van een occult tethered cord

Bij een typische presentatie van een tethered cord is er sprake van een progressief en stapsgewijs beeld van mictie- en eventueel defecatieproblemen, (urine-incontinentie en obstipatie), orthopedische problemen (rugpijn), en neurologisch uitval (spierzwakte, gevoelsstoornissen en pijn in de benen).

Hoewel het tethered cord syndroom (TCS), oftewel vastzittend of gekluisterd ruggenmerg, een aandoening is die vooral voorkomt bij kinderen met spina bifida (open ruggetje), kan ook op volwassen leeftijd symptomatologie die past bij een tethered cord syndroom optreden. Dit kan voorkomen bij patiënten die in het verleden geopereerd zijn vanwege een spina bifida aperta en bij wie het ruggenmerg vastzit als gevolg van littekenvorming.

De klachten kunnen echter ook veroorzaakt worden door een tot dan toe onbekende spina bifida occulta. In dit geval is op de MRI-scan van de rug een te laag eindigend ruggenmerg te zien en aanwijzingen voor een sluitingsdefect, zoals een lipoom (vetbult), een bindweefselstructuur, een benige of kraakbenige structuur of een te kort en verdikt filum terminale. Dit is het bandje onderaan het ruggenmerg. Soms zijn er echter geen afwijkingen te zien op de MRI-scan, of alleen een verdikt filum terminale zonder dat het ruggenmerg daadwerkelijk te laag eindigt. In dat geval wordt er gesproken van een Occult Tethered Cord (OTC), op voorwaarde dat er sprake is van een typisch klachtenpatroon. Dit is een zeldzame aandoening waar geen Nederlandse richtlijn voor bestaat. Wel is er een Noord-Amerikaans rapport met aanbevelingen over tethered cord (TCS en OTC) gepubliceerd in het boek: “Diagnosis and Treatment of Tethered Spinal Cord” van de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) gepubliceerd in oktober 2024.

In het kader van het AHRQ-rapport uit 2024 is een systematische review verricht naar de diagnostiek en behandeling van tethered cord. Als onderdeel van dit rapport is een literatuursearch verricht naar studies over de effectiviteit van chirurgische behandeling van

tethered cord. Er werden 38 studies geïnccludeerd, en daarnaast werden 289 case series als ondersteunend bewijs meegenomen. De studies includeerden patiënten van verschillende leeftijden, maar de meeste studies betroffen alleen kinderen. Op basis van de beschikbare evidence concluderen de auteurs dat chirurgische behandeling mictieklachten, neurologische uitval en pijnklachten kan verbeteren (lage kwaliteit van bewijs). Mogelijk leidt eerder behandelen tot betere neurologische uitkomsten dan later behandelen (lage kwaliteit van bewijs). Aan de andere kant kan een operatie gepaard gaan met postoperatieve complicaties zoals lekkage van hersenvocht (redelijke kwaliteit van bewijs). Ook wordt neurologische achteruitgang en retethering (complicatie waarbij het ruggenmerg opnieuw vastgroeit aan littekenweefsel of omliggende structuren) beschreven.

Concluderend betreft het een ziektebeeld wat zeer zelden voorkomt, waarbij in erg zeldzame gevallen de patiënt baat kan hebben bij een operatie. Dit is het geval wanneer er een zeer typisch klachtenpatroon bestaat met een daarbij passend beeldvormend onderzoek. Hierbij moeten de voor- en nadelen uitgebreid afgewogen zijn, omdat operatie gepaard gaat met aanzienlijke risico's.

In het voorliggende geschil kan de beoordeling of het losmaken van de tethered cord aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet in het midden blijven, nu verzoekster niet redelijkerwijs aangewezen is op deze zorg. De arts van verzoekster heeft uitgebreid aanvullend beeldvormend onderzoek gedaan en is tot de conclusie gekomen dat er bij haar sprake is van CCI, AAI en OTC. Op basis van de beschikbare informatie is onvoldoende duidelijk of haar klachten en lichamelijk onderzoek passen bij OTC. Ook zijn er geen volledige radiologische verslagen beschikbaar van onder andere de MRI. Er is alleen een korte samenvatting van de betreffende arts beschikbaar in zijn medisch verslag.

Op basis van de beschikbare informatie kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op het losmaken van het tethered cord. Zij komt daarmee niet in aanmerking voor vergoeding van deze behandeling.

Diagnostiek niet in geschil

Uit de beschikbare informatie blijkt dat verzoekster op eigen initiatief en kosten naar Barcelona is afgereisd voor diagnostiek van haar klachten. De vergoeding van de diagnostiek is op basis van de beschikbare informatie niet in geschil. Het Zorginstituut kan dan ook niet ingaan op de vraag of er gedegen radiologisch onderzoek is gedaan door de behandelend arts van verzoekster.

Definitief advies

Tenslotte komen er uit het verslag geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige zorg en de 'stand van de wetenschap en praktijk', en ook die uit Verordening (EG)

nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Spanje - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is.
- In het onderhavige geval heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt. Dit omdat de behandeling niet voldoet aan het daarvoor geldende criterium van de 'stand van de wetenschap en praktijk' en verzoekster hierop niet redelijkerwijs is aangewezen. De commissie merkt in dit verband op dat met de verordening geen uitbreiding van de verzekerde prestaties is beoogd. Om die reden zal zij hierna eerst beoordelen of dekking bestaat onder de zorgverzekering.
- 7.3. Ter zitting is komen vast te staan dat verzoekster de fusieoperatie op niveau C0-C2 in Spanje heeft laten uitvoeren en dat zij mogelijk in de toekomst nog het (occult) tethered cord wil laten losmaken. Daarnaar gevraagd door de commissie heeft het Zorginstituut in het definitief advies van 3 juni 2026 geantwoord dat beide ingrepen los van elkaar kunnen worden beoordeeld. Daarom zal de commissie achtereenvolgens toetsen of een fusieoperatie op niveau C0-C2 en separaat daarvan het losmaken van het (occult) tethered cord onder de dekking van de zorgverzekering vallen. In dit verband is relevant dat op grond van het bepaalde in artikel A.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.1, tweede lid, Bzv, alleen die zorg voor vergoeding in aanmerking komt welke voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Is dat het geval, dan is sprake van een verzekerde prestatie. Vervolgens is eveneens in artikel A.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.1, derde lid, Bzv, opgenomen dat de individuele verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de betreffende zorg. Daarnaast zijn bepaalde formele vereisten van toepassing, zoals de eis van een voorafgaande gerichte verwijzing.

Zorgverzekering

Fusieoperatie niveau C0-C2

- 7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft met betrekking tot de uitgevoerde fusieoperatie het standpunt ingenomen dat deze ingreep in verband met CCI en AAI bij hEDS niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en de praktijk'. Gelet op dit standpunt dient de commissie op grond artikel 114, derde en vierde lid, Zvw advies te vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 (hierna: het rapport) is zo'n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.

- 7.5. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat op systematische wijze gezocht en geselecteerd bewijs op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.

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

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

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

- 7.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd en het voorlopig advies van 12 februari 2026 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut zet daarin uiteen dat verzoekster onder andere bekend is met hEDS en als gevolg daarvan klachten ondervindt. Er zijn volgens het Zorginstituut geen richtlijnen beschikbaar waarin aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van chirurgische ingrepen bij hEDS. De NHG huisartsenbrochure EDS adviseert chirurgisch ingrijpen bij EDS zo veel mogelijk te vermijden. Daarnaast heeft het Zorginstituut op 9 januari 2026 een literatuuronderzoek verricht waarbij is onderzocht of een fusieoperatie van C0-C2 ten opzichte van de reguliere behandelmethoden effectief is. Bij het uitgevoerde onderzoek werden acht artikelen gevonden. Deze zijn gescreend op titel en abstract waarbij er vier artikelen niet relevant werden geacht aangezien de studies geen EDS-patiënten betroffen of het een beschrijvende review betrof. Vier studies werden wel meegenomen: één systematische review, één retrospectieve studie over craniocervicale instabiliteit en twee observationele studies over occult tethered cord syndroom. Na beoordeling van de gevonden onderzoeken kan niet anders worden geconcludeerd dan dat er (nog) geen studieresultaten zijn gepubliceerd waarin een groep patiënten die behandeld is door middel van een fusieoperatie van C0-C2 vergeleken is met een groep patiënten die conservatieve behandeling krijgt. Daarmee is de bewijskracht van de beschikbare studies (zeer) laag en de effectiviteit van een fusieoperatie van C0-C2 onzeker. De aangevraagde fusieoperatie C0-C2 voldoet dan ook niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, aldus het Zorginstituut.
- 7.7. De commissie ziet, gelet op de uitvoerige en onderbouwde uiteenzetting door het Zorginstituut in het voorlopig advies van 12 februari 2026 en de bevestiging hiervan in het definitief advies van 3 juni 2026, geen reden om van de hierin opgenomen conclusie af te wijken. Voor zover verzoekster, onder verwijzing naar het onderzoek van Lohkamp et al (2022), stelt dat chirurgische fixatie kan worden overwogen als er voldoende radiologisch bewijs van instabiliteit is én er daarnaast overeenkomende klinische symptomen zijn, hetgeen volgens haar in haar situatie het geval is, geldt dat het Zorginstituut in het voorlopig advies van 12 februari 2026 opmerkt dat de bewijskracht van alle beschikbare studies (zeer) laag en de effectiviteit van een fusieoperatie van C0-C2 onzeker is. Gezien de prevalentie van (h)EDS ziet de commissie niet in waarom voor de

beoordeling aan de hand van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ genoeg zou moeten worden genomen met studies met een (zeer) lage bewijskracht en wordt de stelling van verzoekster niet gevolgd. Dit betekent dat een fusieoperatie op niveau C0-C2 in verband met craniocervicale instabiliteit, atlantoaxiale instabiliteit en een (occult) tethered cord bij hEDS geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering en dat de ziektekostenverzekeraar tot afwijzing van de aanvraag mocht beslissen.

Losmaken (occult) tethered cord

- 7.8. Naast de al uitgevoerde fusieoperatie wenst verzoekster dat in de (nabije) toekomst ook het (occult) tethered cord wordt losgemaakt. Verzoekster ervaart klachten die lijken op die van patiënten met spina bifida. Zij wijst erop dat de aangevraagde ingreep in dat geval wel wordt vergoed onder de zorgverzekering.

In het definitief advies van 3 juni 2026 licht het Zorginstituut toe dat het tethered cord syndroom (TCS), oftewel vastzittend of gekluisterd ruggenmerg, een aandoening is die vooral voorkomt bij kinderen met spina bifida (open ruggetje). Ook op volwassen leeftijd kan symptomatologie optreden die past bij een TCS. Dit kan voorkomen bij patiënten die in het verleden geopereerd zijn vanwege een spina bifida aperta en bij wie het ruggenmerg vastzit als gevolg van littekenvorming. De klachten kunnen echter ook worden veroorzaakt door een tot dan toe onbekende spina bifida occulta, zichtbaar op een MRI-scan. Soms zijn er echter geen afwijkingen te zien op de MRI-scan, of alleen een verdikt filum terminale zonder dat het ruggenmerg daadwerkelijk te laag eindigt. In dat geval wordt er gesproken van een occult tethered cord (OTC), op voorwaarde dat er sprake is van een typisch klachtenpatroon. Dit is een zeldzame aandoening waarvoor geen Nederlandse richtlijn bestaat. Wel is er een Noord-Amerikaans rapport met aanbevelingen over tethered cord (TCS en OTC) wat gepubliceerd is in een boek van de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). In het kader van het AHRQ-rapport uit 2024 is een systematische review verricht naar de diagnostiek en behandeling van tethered cord. Als onderdeel van dit rapport is een literatuursearch verricht naar studies over de effectiviteit van chirurgische behandeling van tethered cord. Op basis van de gevonden resultaten concludeerden de onderzoekers dat sommige patiënten baat kunnen hebben bij operatief ingrijpen (laag bewijs), maar dat een operatie ook kan leiden tot complicaties zoals lekkage van hersenvocht (redelijk bewijs). Al met al gaat het om een ziektebeeld dat zeer zelden voorkomt, waarbij in zeer zeldzame gevallen de patiënt baat kan hebben bij een operatie. Dit is het geval wanneer er een zeer typisch klachtenpatroon bestaat met een daarbij passend beeldvormend onderzoek. Hierbij moeten de voor- en nadelen uitgebreid afgewogen zijn, omdat operatie gepaard gaat met aanzienlijke risico's.

Het Zorginstituut overweegt dat de beoordeling of het losmaken van het tethered cord in dit geval voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk in het midden kan blijven, omdat op basis van de overgelegde informatie in de situatie van verzoekster onvoldoende duidelijk is of haar klachten en lichamelijk onderzoek daadwerkelijk passen bij OTC. Er zijn geen volledige radiologische verslagen beschikbaar van onder andere de MRI; er is alleen een korte samenvatting van de betreffende arts beschikbaar in zijn medisch verslag. Op basis van de beschikbare informatie kan dan ook niet worden geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op het losmaken van het tethered cord, aldus het Zorginstituut.

De commissie overweegt dat het hier gaat om een ziektebeeld dat zeer zelden voorkomt en waarbij in zeer zeldzame gevallen de patiënt baat kan hebben bij een operatie. Het Zorginstituut laat in het midden of de behandeling in de situatie van verzoekster aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet. In die zin kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat de aangevraagde ingreep niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het Zorginstituut concludeert echter voorts dat op basis van de beschikbare informatie niet kan worden vastgesteld dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op het losmaken van het tethered cord. De commissie ziet geen aanleiding van deze conclusie af te wijken. Nu verzoekster niet heeft aangetoond dat zij redelijkerwijs is aangewezen op het losmaken van het (occult) tethered cord, hoewel dit op haar weg lag, komt de ingreep op die grond niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in

aanmerking.

- 7.9. Uit het voorgaande volgt dat de gevraagde toestemming in het kader van de verordening voor zowel de fusieoperatie als het losmaken van het (occult) tethered cord terecht werd geweigerd door de ziektekostenverzekeraar. Nu beide behandelingen niet voor vergoeding op basis van de zorgverzekering in aanmerking komen, behoeft de vraag of verzoekster de beschikking had over een geldige verwijzing voor de uitgevoerde ingrepen geen verdere bespreking.

Slotsom

- 7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juni 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

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 verzekeringspasje als uw verzekering is ingegaan. Met dit pasje kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u ook een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

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. 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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

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

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