

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema

Zaaknummer: 202401724

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 23 september 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 november 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 3 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 december 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 16 januari 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024043354) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 januari 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 februari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Bij e-mailbericht van 21 februari 2025 heeft verzoekster een operatieverslag van de behandelend arts van 26 februari 2024 gestuurd. Een afschrift hiervan is op 24 februari 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 maart 2025 een aanvullende reactie gegeven. Deze brief is op 12 maart 2025 ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 12 maart 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 16 januari 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 2 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Balans (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is op 23 februari 2024 in verband met een Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS) in Essen, Duitsland, geopereerd. De kosten van deze operatie bedroegen € 7.900,-- en deze heeft zij ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. Bij brief van 18 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij geen vergoeding ontvangt voor de door haar in Essen ondergane operatie.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 16 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 2 april 2025 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 ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door haar in Essen ondergane operatie alsnog aan haar te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar brief aan de ziektekostenverzekeraar van 25 april 2024 aangevoerd dat de aanvraag in eerste instantie door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen omdat PrivateScan geen erkende instelling zou zijn voor medisch-specialistische zorg. Deze constatering is juist, omdat PrivateScan slechts een bemiddelende en administratieve rol heeft. Deze rol blijkt eveneens uit het uittreksel van de Kamer van Koophandel. Procelsio Clinics is, als uitvoerder van de rugoperatie, de zorgaanbieder. Aangezien het hier gaat om een buitenlandse zorgaanbieder, beschikt deze niet over een AGB-code. De zorgaanbieder voldoet aan de eisen die de Europese wetgeving hieraan stelt. De zorg die is geboden, dient dan ook in aanmerking te komen voor vergoeding. Bij klachtenformulier van 23 september 2024, gericht aan de commissie, heeft verzoekster dit standpunt herhaald.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij in februari vorig jaar rugpijn kreeg. Voor die tijd had zij al twee hernia's gehad, waarvan de tweede blijvende schade heeft aangericht. Zij wist vorig jaar niet dat het weer om een hernia ging totdat de pijn zeer heftig werd. Er kon geen morfine tegenop. Na drie dagen begon de pijn wat af te zakken, want de zenuw is dan gewoon kapot. Zij had krachtsverlies in haar been, en daarom is zij gaan bellen voor een MRI. Zij heeft eerst contact gezocht met Annatommie, waar men normaal gesproken snel een MRI kan maken. Nu moest zij echter anderhalve maand wachten. Daar kon zij niet op wachten, want dan zou de schade niet zijn te overzien. Procelsio in Hengelo heeft haar bemiddeld naar Duitsland. Zij kon daar binnen een paar dagen een MRI krijgen en worden geopereerd. Uit de MRI bleek ook dat het serieus mis was. Zij liep op krukken en kon niet gewoon lopen. Zij was een paar keer gevallen

en kon dan niet meer overeind komen. Zij heeft alles in gang gezet en geregeld en op 22 februari 2024 is zij naar Essen gegaan. In de avond heeft zij een gesprek gehad met de neurochirurg. Hij wilde testen hoe erg het was. Hij pakte haar arm vast en zij moest zichzelf omhoog duwen. Haar linkerbeen had geen kracht meer. De neurochirurg zei dat een hernia van deze ernst binnen 48 uur geopereerd had moeten worden, maar het was inmiddels een week verder. Hij kon niet garanderen dat een en ander goed zou aflopen. Zij werd snel geopereerd en gelukkig is alles goed gegaan; inmiddels is zij volledig hersteld. Verzoekster merkt op dat het ging om spoed, en het belang was de operatie te ondergaan. Zij kon dit gelukkig zelf bekostigen. Daarna heeft zij contact gehad met Procelsio, waar men vroeg of het bij de verzekering neergelegd moest worden. Toen zij vertelde dat zij bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd was, zei Procelsio dat deze verzekeraar geen vergoeding verleent. Zij heeft het toch geprobeerd omdat het gaat om veel geld. Zij begrijpt niet dat andere verzekeraars kennelijk wel een vergoeding verlenen. De huisarts wilde het eerst proberen met pijnmedicatie. Met de eerste hernia heeft zij een jaar gelopen voordat zij een doorverwijzing kreeg. Zij moest eerst naar de fysiotherapeut. Haar been was inmiddels pap. Toen kwam de tweede hernia. Zij is toen weer naar de huisarts gegaan en heeft oxicodon gekregen. Uiteindelijk volgde een doorverwijzing naar het ziekenhuis. Er was toen geen sprake van krachtsverlies. De neurochirurg van het Meander Ziekenhuis zei toen dat als er geen uitval is, er niet wordt geopereerd. Het rechterbeen is kapot, het slaapt en zij heeft zenuwpijn. Nu gebeurde het aan de andere kant, en was er wel sprake van krachtsverlies. Daarom heeft zij ervoor gekozen sneller actie te ondernemen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door haar in Essen ondergane operatie. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 7 augustus 2024 aangevoerd dat verzoekster achteraf heeft gevraagd om een akkoordverklaring voor de operatie. Gelet op artikel B.2.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering dient deze vooraf te worden aangevraagd. Zij heeft het risico genomen dat achteraf blijkt dat de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt. Hoewel het ontbreken van een akkoordverklaring op zich al een reden is de aanvraag af te wijzen, heeft de ziektekostenverzekeraar deze ook inhoudelijk beoordeeld. Uit het dossier blijkt niet dat sprake is van zorg die tijdens het verblijf in het buitenland medisch noodzakelijk werd. Ook is niet gebleken dat deze ingreep niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar was. Om die reden vindt Vo. nr. 883/2004 geen toepassing en dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 4.2. In eerste instantie is de aanvraag afgewezen omdat de ziektekostenverzekeraar vraagtekens had bij de rol van PrivateScan. De ziektekostenverzekeraar had aanwijzingen dat deze partij feitelijk medische zorgtaken in het kader van medisch-specialistische zorg verrichtte, waardoor zij als zorgaanbieder zou moeten worden aangemerkt. In dat geval is de rechtspersoon conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) verplicht te beschikken over een toelatingsvergunning, die PrivateScan B.V. niet heeft aangevraagd en waarover zij ook niet beschikt. Voorts constateerde de ziektekostenverzekeraar aan de hand van informatie op de website van PrivateScan dat zij in het kader van het samenwerkingsverband met Procelsio Clinics een actieve rol inneemt, die niet past bij een zuiver bemiddelings- of administratiekantoor. De ziektekostenverzekeraar is echter van mening dat deze discussie moet worden gevoerd met de betreffende partijen, en niet via de verzekerde, ook al heeft verzoekster zelf de keuze gemaakt naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Deze argumenten heeft de ziektekostenverzekeraar daarom uiteindelijk geparkeerd.

- 4.3. Uit het dossier blijkt dat de klachten van verzoekster aanwezig waren sinds 12 februari 2024. Zij is reeds op 23 februari 2024 geopereerd. Deze informatie komt uit een achteraf opgestelde chronologische opsomming van de huisarts. Uit het dossier blijkt niet dat bij verzoekster enig lichamelijk onderzoek heeft plaatsgevonden, zodat onnavolgbaar is of deze zorgverlener op een zorgvuldige wijze (zelfstandig) tot een indicatie heeft kunnen komen. Bovendien blijkt niet dat zij beschikte over een geldige verwijzing voor de behandeling bij Procelsio Clinics. Ook dit is een algemene toegangsvoorwaarde voor medisch-specialistische zorg. Uit het dossier blijkt daarnaast niet dat op enigerlei wijze contact heeft plaatsgevonden tussen de huisarts en de zorgaanbieder. Wel is sprake geweest van contact tussen PrivateScan en Procelsio Clinics, maar dit voldoet - als gezegd - niet aan de voorwaarden. Conform de toepasselijke behandelrichtlijnen bestond geen indicatie om te opereren. Op basis van deze richtlijnen moet eerst het natuurlijk beloop worden afgewacht met conservatieve behandeling van de pijnklachten met pijnmedicatie en eventueel fysiotherapie. In de meeste gevallen is het spontane beloop van zowel pijnklachten als motorische uitval namelijk gunstig, met spontaan herstel van 60 tot 80% van de patiënten binnen een termijn van drie maanden. Er blijft een groep die baat heeft bij een operatie. In de situatie van verzoekster is er echter geen duidelijkheid over het natuurlijk beloop van het LRS en bestaat onvoldoende consensus over de operatie-indicatie bij ernstige motorische uitval en de plaatsbepaling van de operatie bij hevige pijn in de acute fase van de pijn (de eerste zes tot twaalf weken). De behandelrichtlijnen schrijven daarom voor dat eerst wordt gekeken of iemand redelijkerwijs kan uitkomen met conservatieve behandeling. Niet gebleken is dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de ingreep.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de klachten niet ter discussie staan. Gekeken moet worden of er vergoed kan worden. Het feit dat de ingreep goed resultaat heeft gehad, betekent niet dat de ziektekostenverzekeraar ook betaalt. Het eerste probleem vormde de constructie tussen PrivateScan en Procelsio. Normaal gesproken worden nota's direct afgewezen zonder voorafgaande beoordeling. Dit punt is echter nu vervallen. De afwijzing is daarop niet meer gebaseerd. Er is echter ook geen verwijzing van de huisarts. Daarmee houdt het op, wat ook volgt uit recente uitspraken van de commissie. Er is ook gekeken of de operatie volgens de richtlijnen mocht. Het moet gaan om doelmatige zorg. Er moet eerst gekeken worden of er met minder ingrijpende behandelopties al hetzelfde resultaat kan worden behaald. Er moet sowieso zes tot acht weken worden gewacht. Bij verzoekster is er geen conservatief beleid geweest, en daarom is niet komen vast te staan of zij was aangewezen op de operatie. Omdat niet volgens de richtlijnen is gehandeld, is geen sprake van verzekerde zorg. Het is fijn dat verzoekster is geholpen door de operatie, maar er moet worden gekeken naar de voorwaarden, die van overheidswege zijn bepaald. Ook uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat niet volgens de richtlijnen is gehandeld.
- 4.5. Bij brief van 10 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat het door verzoekster overgelegde operatieverslag niet leidt tot een ander oordeel.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 16 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

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

Indicatievoorwaarden

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

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

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

Indicatie verzoekster

Bij verzoekster treden recidief rugklachten op, waarvoor zij op 12 en 14 februari 2024 contact heeft gehad met haar huisarts. Verzoekster heeft toen pijnmedicatie voorgeschreven gekregen ter bestrijding van LRS. Tussen 19 en 23 februari 2024 heeft verzoekster een rugoperatie ondergaan, waarna zij klachtenvrij was. Verzoekster is dus circa twee weken na het starten van de conservatieve behandeling geopereerd. Uit de richtlijnen en de daarbij behorende keuzekaart volgt dat er in beginsel na zes tot acht weken een operatie kan worden overwogen, mits er conservatieve behandeling is ingezet, en tenzij het verdere beloop niet kan worden afgewacht. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat bij verzoekster sprake was van dermate ernstige klachten of stoornissen dat het verdere beloop niet kon worden afgewacht. Ook schrijven de richtlijnen voor dat er overleg moet zijn tussen de behandelend arts en de patiënt over de operatie indicatie. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat dergelijk overleg heeft plaatsgevonden tussen de neurochirurg en verzoekster.

Nu verzoekster de voorgeschreven periode van zes tot acht weken niet heeft afgewacht met conservatieve behandeling en er geen documentatie beschikbaar is waaruit blijkt dat er overleg is geweest over de operatie-indicatie tussen de neurochirurg en verzoekster, voldoet verzoekster niet aan de indicatievoorwaarden voor operatieve behandeling van LRS. Derhalve kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet worden geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op een rugoperatie vanwege LRS.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een (verzekerings)indicatie had voor een rugoperatie vanwege LRS. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de ondergane rugoperatie ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:
Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op een rugoperatie vanwege LRS."

- 5.2. In het definitief advies van 2 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit het verslag 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.

In de nadere toelichting, gedateerd op 26 februari 2025, wordt namens verzoekster benadrukt dat de pijnklachten in de rug en het linkerbeen en de motorische uitval in februari 2024 zodanig ernstig zouden zijn geweest dat op grond hiervan een afwachtend conservatief beleid van meer dan zes weken niet verantwoord zou zijn. Volgens de gemachtigde was sprake van aanhoudende of zelfs progressieve krachtnuitval. Dit rechtvaardigt volgens de gemachtigde een (vroeg) operatief beleid, juist omdat uitvalverschijnselen kunnen verergeren en leiden tot blijvende schade. In de beschikbare informatie is geen documentatie opgenomen over een lichamelijk neurologisch onderzoek, waaruit blijkt dat er sprake was van aanhoudende dan wel progressieve krachtnuitval voorafgaand aan de operatie. Uit het verslag van de huisarts van 18 juli 2024 blijkt dat verzoekster de huisarts heeft gemaïld dat de pijn onhoudbaar is, waarna de huisarts zwaardere pijnmedicatie heeft voorgeschreven. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat dat verzoekster daadwerkelijk is onderzocht door de huisarts voor het vaststellen van de (progressieve) motorische en sensorische (kracht)uitval. In het verslag van de chirurg van 26 februari 2024 wordt alleen vermeld dat anamnestic sprake is van hevige pijn sinds twee weken met krachtsverlies en gevoelloosheid van het dijbeen. Op grond van de bevindingen op de MRI is door de chirurg de diagnose en de indicatie voor de operatie gesteld. Er is in het verslag niet vermeld dat er een neurologisch onderzoek heeft plaatsgevonden, waarin de klachten zijn geobjectiveerd en de ernst hiervan is vastgesteld. Nu de klachten, zowel bij de huisarts als bij de chirurg, niet zijn vastgesteld, kan er niet worden geconcludeerd dat er bij verzoekster sprake was van aanhoudende of zelfs progressieve krachtnuitval.

Daarnaast zijn in de specialistenrichtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom geen aanbevelingen of overwegingen opgenomen die in de aanvullende brief worden benoemd. In de richtlijn wordt wel benoemd dat er onvoldoende consensus is over de operatie-indicatie bij ernstig motorisch uitval en hevige pijn in de acute fase van de pijn in de periode van week zes tot week twaalf. 2 Van een operatie-indicatie voorafgaand aan deze periode, zoals bij verzoekster heeft plaatsgevonden, is echter geen sprake in de richtlijn. Het advies van het Zorginstituut wijzigt dan ook niet."

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', en artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. Verzoekster is naar Duitsland gegaan om daar een operatie te ondergaan. Het gaat hier om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004. Uit Richtlijn 2011/24/EU (hierna: de Patiëntenrichtlijn) volgt dat in het geval door de verzekerde geen keuze wordt gemaakt voor een bepaald stelsel, voorrang wordt gegeven aan toepassing van de verordening (overweging 31). Om die reden toetst de commissie hieraan ambtshalve. In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). In dit geval heeft verzoekster geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Er is niet gebleken van bijzondere omstandigheden waardoor dit niet mogelijk was (Elchinov, zaak C-173/09). Dit betekent dat de verordening buiten toepassing blijft en dat moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.3. Tussen partijen is niet in geschil dat de door verzoekster in Essen ondergane operatie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Wat hen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of verzoekster hierop redelijkerwijs was aangewezen vanwege LRS. Uit de verklaring van de huisarts van 18 juli 2024 blijkt dat verzoekster zich op 12 februari 2023 voor het eerst tot de huisarts met pijnklachten in de onderrug wendde, waarop met pijnbestrijding werd begonnen. Op 23 februari 2023 heeft verzoekster de operatie ondergaan. Uit deze gang van zaken valt af te leiden dat verzoekster, anders dan na ommekomst van de specialistenrichtlijn Lumbosacraal Radiculaire Syndroom vermelde periode van 6 tot 8 weken, al binnen twee weken na het starten van de conservatieve behandeling met pijnbestrijding is geopereerd. Niet gebleken is van dermate ernstige klachten of stoornissen dat het verdere beloop niet kon worden afgewacht. Om die reden had verzoekster volgens het Zorginstituut geen indicatie voor een rugoperatie vanwege LRS en kan zij geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten hiervan ten laste van de zorgverzekering. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft gesteld geen aanleiding van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over.

Slotsom

- 7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 mei 2025,

A. de Ruijter

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 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.

Buitenland

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

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

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

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

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

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

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

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

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Skinvision (artikel B.4.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Digitale medisch specialistische zorg (Skinvision).
Medisch specialistische zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Wat is uw vergoeding?

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

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

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

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

Wat is uw vergoeding?

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

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

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

- een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis)
- een universitair ziekenhuis.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Plastische chirurgie (artikel B.4.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Plastische chirurgie.
Het gaat om behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Daarnaast de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen en laboratoriumonderzoek. Als er een opname nodig is, omvat de zorg ook opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg, opname, verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor plastische chirurgie.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [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 afwijking in uw uiterlijk met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door objectief onderzoek is vastgesteld dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Bijvoorbeeld onbehandelbare, continu aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
 - U heeft een verminking die is ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting.
Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.
 - U heeft verlamde of verslapte bovenoogleden.
De verlamming of verslapping heeft een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
 - U heeft agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders.
De ingreep bestaat uit het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen of transvrouwen. Bij transvrouwen moet de genderincongruentie (transseksualiteit) zijn vastgesteld. Dit doet een zorgaanbieder die meewerkt aan een transgendernetwerk.
 - U heeft correctie nodig van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (transseksualiteit).
 - U heeft een aangeboren misvorming.
Zoals een lip-, kaak- of gehemeltespleet, misvorming van het benig aangezicht. Of er is sprake van goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken, misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
 - U heeft een borstverkleining nodig.
Hiervan is sprake bij cup DD/E of groter (of cup D als u kleiner bent dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Deze klachten komen door de zwaarte van uw borsten en beperken u aanzienlijk. Andere behandelingen of therapieën hebben uw klachten niet verholpen. Uw gewicht is stabiel en niet te hoog.

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.
- 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.

- [Jaar](#) (begrippen)
- [Tarief](#) (begrippen)

Geen vergoeding bij molest en terrorisme

Onderstaande kosten vergoeden wij niet:

- Molestschade. Dit zijn kosten die zijn ontstaan door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij in Nederland. Dit staat in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht. Wij gaan uit van de begripsomschrijvingen die het Verbond van Verzekeraars hiervan heeft vastgelegd.
- Terrorismerisico. Dit zijn kosten die zijn ontstaan door terrorisme, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of voorbereidende handelingen en gedragingen. Zowel in Nederland als in het buitenland. We vergoeden dit alleen als wij de kosten kunnen betalen van het bedrag dat wij uit de herverzekering ontvangen: de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (N.H.T.) in Amsterdam.

De herverzekering van de N.H.T. dekt de kosten van terrorismerisico tot maximaal 1 miljard euro per jaar. Dit bedrag kan per jaar aangepast worden. Het bedrag geldt voor alle verzekeraars samen die bij de N.H.T. zijn aangesloten. Na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet kan een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld. U bent dan verzekerd voor een aanvullende vergoeding. De hoogte daarvan wordt bepaald uit dat wetsartikel 33.

Woont u niet in Nederland? Dan valt u niet onder deze herverzekering. U krijgt dan dus geen vergoeding. Meer uitleg over terrorisme vindt u op de website van de N.H.T.
Er is een landelijk 'Clausuleblad Terrorisme' (clausuleblad NHT) uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op nht.vereende.nl.

A.22 Geschillen

Heroverweging en geschil

Ben u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen bij de uitvoering van uw basisverzekering? Dan kunt u vragen of wij onze beslissing heroverwegen. Dat betekent dat wij onze beslissing opnieuw gaan beoordelen om te kijken of we een andere beslissing moeten nemen. Een heroverweging moet u schriftelijk aanvragen. Onze contactgegevens vindt u op onze website.

Bent u het niet eens bent met onze heroverweging? Dan kunt u kiezen wat u wil doen:

- u kunt naar de bevoegde rechter;
- dat kan als wij niet binnen 4 weken hebben gereageerd op uw vraag om heroverweging;
- of als wij u na heroverweging laten weten dat we bij onze eerste beslissing blijven.
- u kunt het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). U doet dat schriftelijk naar Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Bij deze SKGZ werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Als u gekozen heeft voor een van de mogelijkheden dan kunt u daarna niet meer voor de andere mogelijkheid kiezen.

A.23. Klachten

Klacht over standaardformulieren

Vindt u onze formulieren te ingewikkeld of niet nodig? Of vindt uw zorgverlener of een andere zorgverzekeraar dat? Dan kan u of degene die de klacht heeft, deze indienen bij de NZa: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. De NZa doet een bindende uitspraak over de klacht.