

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, HNP-operatie, 'stepped care', indicatie,
doelmatigheid
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr.
883/2004
Zaaknummer : 202201409
Zittingsdatum : 10 mei 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht en brief van 23 januari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 januari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 23 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 februari 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster heeft op 27 februari 2023 verklaard niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 maart 2023 verklaard via videobellen te willen worden gehoord. De commissie heeft verzoekster hierop nogmaals gevraagd of zij de hoorzitting wenst bij te wonen. Verzoekster heeft op 10 maart 2023 verklaard dat zij bij haar beslissing blijft en niet wenst te worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 30 maart 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023008747) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 april 2023 aan partijen gestuurd. Verzoekster heeft op 8 mei 2023 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. De ziektekostenverzekeraar is op 10 mei 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en een kopie van de reactie van verzoekster van 8 mei 2023 zijn op 22 mei 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 maart 2023 aanpassing behoeft.
In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in het definitief advies in te gaan op de volgende vraag:
- Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat de richtlijn van de beroepsgroep is verouderd en dat de RCT-studie van Wilby vraagt om een aanpassing. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het op de weg van het Zorginstituut had gelegen een nieuwe duiding te doen. Kunt u ingaan op dit standpunt van de ziektekostenverzekeraar?
- 2.7. Bij brief van 8 juni 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 juni 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Respectievelijk bij e-mailbericht van 9 juni 2023

en brief van 15 juni 2023 hebben verzoekster en de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Kopieën van deze reacties zijn ter kennisname aan de respectieve wederpartij gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Budget (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend WENB-WWb en Aanvullend Tand Basis (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Door de behandelend neuroloog in Nederland is bij verzoekster een radiculair syndroom vastgesteld, veroorzaakt door een HNP op niveau L4/L5. Hieraan is verzoekster op 19 juli 2022 geopereerd in het Neurochirurgie Spine Center in Köln, Duitsland. Op haar verzoek om vergoeding van de kosten ten bedrage van € 4.800,- werd door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 18 augustus 2022 afwijzend beslist.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 30 maart 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 8 juni 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de in Köln uitgevoerde ingreep geheel dan wel gedeeltelijk dient te vergoeden.
- 4.2. In dit verband heeft zij toegelicht dat zij in september 2018 door dezelfde arts in Duitsland werd geopereerd, ook vanwege een hernia, toen op niveau L3/L4. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van die operatie vergoed.
Vanaf november 2021 ondervond verzoekster opnieuw lage rugklachten, waarvoor zij vanaf 6 december 2021 door de fysiotherapeut is behandeld, echter zonder blijvende verbetering. Hierop heeft zij zich gewend tot een neuroloog in Nederland, die een MRI-scan liet uitvoeren. Daaruit bleek sprake te zijn van een HNP op niveau L4/L5. De neuroloog stelde verzoekster voor de keuze tussen pijnbestrijding en een operatie. Omdat onzeker was of pijnbestrijding tot verbetering zou leiden en, zo ja, op welke termijn, en omdat verzoekster goede ervaringen had met een operatief ingrijpen bij dezelfde aandoening, koos zij ervoor zich in Köln te laten opereren. Dat eerst epidurale injecties zouden moeten plaatsvinden werd haar door de behandelend neuroloog in Nederland niet verteld. Deze arts heeft later verklaard dat de keuze voor een bepaalde behandeling wordt gemaakt door de patiënt in samenspraak met de behandelaar, en niet door de zorgverzekeraar.
Verzoekster voert aan dat, als zij voor een operatie in een Nederlands ziekenhuis had gekozen, de kosten hiervan door de ziektekostenverzekeraar zonder meer zouden zijn vergoed, ook zonder voorafgaand traject van pijnbestrijding. Dit heeft de behandelend neuroloog haar bevestigd. Daarnaast stelt verzoekster dat de vergoeding van de operatie in 2018 geen probleem opleverde.
- 4.3. Voorts tekent verzoekster aan dat pijnbestrijding door middel van epidurale injecties niet voorliggend is als de klachten al meer dan zes maanden bestaan, zoals in haar geval.

Met betrekking tot de door de ziektekostenverzekeraar in dit kader aangehaalde publicaties merkt verzoekster op dat in het artikel is te lezen: *"Interpretation: For patients with sciatica secondary to herniated lumbar disc, with symptom duration of up to 12 months, TFESI should be considered as a first invasive treatment option. Surgery is unlikely to be a cost-effective alternative to TFESI"*. Verzoekster verbindt hieraan de conclusie dat TFESI moet worden overwogen als eerste invasieve behandeloptie, als kosteneffectief alternatief.

Het artikel heeft betrekking op kosteneffectieve behandeling. Hier staat dat TFESI "overwogen moet worden". De behandelend neuroloog heeft het pijnbestrijdingstraject inderdaad overwogen, samen met verzoekster, en beiden zijn vervolgens tot de conclusie gekomen dat een operatie de voorkeur verdient.

Ten aanzien van de tweede publicatie citeert verzoekster: "De richtlijn beschrijft de niet-chirurgische behandeling van patiënten met een Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS). LRS wordt gedefinieerd als: *'In de bil en/of in één been uitstralende pijn, vergezeld van één of meerdere klachten of symptomen die suggestief zijn voor een aandoening van een specifieke lumbosacrale zenuwwortel.'*" De richtlijn gaat over patiënten met (sub)acute LRS; patiënten met chronische LRS, > 3-6 maanden, vallen hier buiten. De afbakening is in het stroomschema weergegeven (zie aanverwante producten)."

Verzoekster stelt dat de richtlijn in haar geval niet van toepassing is, gezien de duur van de klachten voordat de operatie is uitgevoerd (> 8 maanden). Verzoekster verwijst hierbij naar een eerder door de commissie uitgebracht bindend advies met nummer SKGZ202100323.

- 4.4. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut stelt verzoekster dat haar behandelend neuroloog, net als het Zorginstituut, uitgaat van de richtlijn van de NVN.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn heroverweging van 18 augustus 2022 verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op - gedeeltelijke - vergoeding van de kosten van de te Köln uitgevoerde ingreep.
In dit verband stelt hij dat uit de medische informatie blijkt dat niet alles is geprobeerd om een operatie te voorkomen. Er heeft niet voldoende 'stepped care' plaatsgevonden. Dit houdt in dat een bepaalde volgorde in de zorg wordt aangehouden. Een beperkte eenvoudige behandeling wordt als eerste ingezet. Pas als deze niet (voldoende) effectief blijkt wordt overgestapt op een meer ingrijpende behandeling. Epidurale injecties zijn volgens de Nederlandse richtlijnen de aangewezen behandeling voordat wordt overgegaan tot een rugoperatie. Deze Nederlandse richtlijnen zijn ook in geval van behandeling in het buitenland bepalend, zoals is te lezen in artikel A.2.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. In de richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom valt te lezen dat kan worden overwogen een patiënt te informeren over de mogelijkheden voor ESI. In het kader van de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk is evenwel niet de richtlijn leidend, maar de onderliggende bewijslast (literatuur). Conform de door het Zorginstituut beschreven methodiek van het bepalen van de stand van de wetenschap en praktijk uit 2015 moet het geheel van bewijslast bekeken worden en niet enkel de richtlijn. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar onderzoek uit 2021 dat niet is meegenomen bij het opstellen van de richtlijn (link: [https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913\(21\)00036-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913(21)00036-9/fulltext)). Deze studie plaatst de voordelen van epidurale injecties boven die van een operatie (microdissectomie) en de conclusie luidt dat bij patiënten met een HNP met radiculaire klachten binnen 12 maanden eerst een epidurale injectie zou moeten plaatsvinden. De epidurale injectie is even effectief, minder invasief, en bovendien goedkoper dan operatief ingrijpen. Helpt een epidurale injectie onvoldoende, dan kan naar een zwaarder middel, zoals operatie, worden overgestapt.
- 5.3. In het door verzoekster genoemde bindend advies SKGZ 202100323 van 15 maart 2022 en het advies van het Zorginstituut van 24 januari 2022 wordt gesteld dat epidurale corticosteroïdinjecties niet altijd voorafgaand aan chirurgisch ingrijpen hoeven te worden toegepast. Hierbij is echter geen rekening gehouden met voornoemde studie uit 2021. Hoewel

de ziektekostenverzekeraar de methodiek van het Zorginstituut heeft gevolgd door ook te kijken naar deze latere relevante studie, is het Zorginstituut daar in voornoemd advies niet inhoudelijk op ingegaan. Overigens is het de wettelijk taak van het Zorginstituut om te toetsen of een behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en of betrokkene hierop redelijkerwijs is aangewezen. De afwijzing betreft in dit geval de doelmatigheid van de behandeling, namelijk 'stepped-care', waarbij het uitgangspunt is dat de meest intensieve en kostbare zorg als laatste wordt aangeboden. Daar toetst het Zorginstituut niet op.

- 5.4. In zijn reactie aan de commissie van 23 februari 2023 stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster, gezien de duur van de klachten en de op de MRI gevonden afwijkingen, redelijkerwijs was aangewezen op verdere behandeling door middel van een wortelblokkade of operatie. Beide behandelingen voldoen in dit geval aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs van voldoende kwaliteit dat aantoonde dat de ene behandeling beter is dan de andere. Nu een wortelblokkade gepaard gaat met lagere kosten, minder invasief is en een lagere kans op complicaties heeft, is die behandeling volgens de principes van 'stepped care' voorliggend. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat in het kader van de doelmatigheidstoets niet alleen het kostenaspect, maar ook zorginhoudelijke overwegingen zijn meegewogen.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de kosten van de bij verzoekster uitgevoerde HNP-operatie niet zijn vergoed omdat de principes van 'stepped care' niet zijn gevolgd. Als er geen contra-indicatie bestaat voor de steroïdinjecties dan dienen deze eerst te worden geprobeerd voordat wordt toegekommen aan operatief ingrijpen. Met dit standpunt verschilt de ziektekostenverzekeraar van mening met het Zorginstituut. Het Zorginstituut kijkt alleen naar de richtlijn en concludeert op basis daarvan dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op operatief ingrijpen. Het Zorginstituut komt tot deze conclusie zonder de meest recente literatuur over dit onderwerp mee te nemen. Met de meest recente literatuur wordt met name gedoeld op de RCT-studie van Wilby. Het Zorginstituut merkt weliswaar op dat het verwachtte dat de richtlijn hierop zou worden aangepast, maar houdt daar vervolgens toch aan vast. De ziektekostenverzekeraar vindt het opmerkelijk dat het Zorginstituut, zonder een duiding te hebben gedaan, uitgaat van een verouderde richtlijn en concludeert dat verzoekster redelijkerwijs op de HNP-operatie was aangewezen.
- 5.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 5.7. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut stelt de ziektekostenverzekeraar dat op basis van de richtlijn niet blijkt van een voorkeur voor injecties of een operatie als eerste stap bij LRS. Verder herhaalt de ziektekostenverzekeraar dat hij vergoeding van de kosten heeft afgewezen omdat operatief ingrijpen in de situatie van verzoekster niet doelmatig was. De vraag of een behandeling al dan niet doelmatig is, is niet aan het Zorginstituut ter beantwoording.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 30 maart 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"In geschil is de vraag of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van [de] een operatie aan de rug ten laste van de basisverzekering. Verweerder geeft aan dat de behandeling niet doelmatig is. Het Zorginstituut is niet bevoegd om te adviseren over de doelmatigheid van de operatie aan de rug van verzoekster.

Het Zorginstituut kan het volgende opmerken over het stepped care-principe in relatie tot het criterium 'redelijkerwijs aangewezen op'. Stepped care speelt een rol bij de vraag of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op zorg.

Verweerder geeft aan dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de operatie maar lijkt daarbij het stepped care principe niet betrokken te hebben. Hieronder beoordeelt het Zorginstituut derhalve of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de operatie aan haar rug, ook gelet op het stepped care-principe.

Aanspraak verzoekster

Chirurgische behandeling van een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS syndroom), waarbij het compressie veroorzakende weefsel wordt verwijderd, voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Als aanleiding voor deze behandeling is vooral de lumbale hernia beschreven, omdat dat de meest voorkomende reden voor lumbale of lumbosacrale radiculaire prikkeling is.

De richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) geeft 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. De resultaten van chirurgische en conservatieve behandeling (bij een klachtenduur van circa 10 tot 12 weken) zijn na één jaar vergelijkbaar. Daarentegen wordt ongeveer 40% van de patiënten die voor een conservatieve behandeling hebben gekozen alsnog geopereerd omdat klachten onvoldoende verbeterden. In de genoemde richtlijn is niet beschreven dat in de periode voorafgaande aan worteldecompressie een epidurale steroïdinjectie een verplichte te overwegen conservatieve interventie is in het kader van 'stepped care'.

Weliswaar is het, zoals de richtlijn beschrijft, twijfelachtig of een operatie (op langere termijn) tot grotere verbetering leidt dan conservatieve behandeling (met epidurale corticosteroïden). Wel mag chirurgische behandeling worden uitgevoerd als klachten na drie maanden met conservatieve therapie niet verbeteren.

In de recente, ook door verweerder gerefereerde, gerandomiseerd gecontroleerde studie van Wilby (2021) werd het effect van een steroïdinjectie ten opzichte van chirurgie onderzocht in een groep van 80 resp. 83 patiënten met een LRS syndroom (aanwezig van 6 weken tot 12 maanden) in het kader van een HNP. Na 18 weken waren patiënten even mobiel in de injectiegroep als in de chirurgiegroep. Verder waren er minder complicaties in de injectiegroep en minder kosten. Geconcludeerd werd dat behandelend artsen de steroïdinjectie als eerste behandelingsoptie kunnen overwegen. Chirurgie is dan voorbehouden voor de groep die geen baat heeft bij de injectie (stepped care).

De resultaten van deze studie sluiten grotendeels aan bij kennis uit eerdere studies waarop de richtlijn van de NVN uit 2020 is gebaseerd. De studie toont als eerste studie direct aan, dat steroïdinjectie op de middellange termijn een even goed resultaat geeft als operatie, waarna een deel van de patiënten wel alsnog geopereerd moet worden. Daarnaast leidt injectie zoals verwacht tot minder complicaties en kosten dan operatie. Het advies vanuit de studie is dat de steroïdinjectie bij patiënten met een LRS bij een HNP tot 12 maanden beschouwd moet worden als eerste invasieve behandelingsoptie.

Voordat een steroïdinjectie obligaats wordt als eerste invasieve behandeling van een lumboradiculair syndroom door HNP of synoviaalcyste, zouden de resultaten van de studie wel (door de NVN of het Zorginstituut) geduid moeten worden met gebruikmaking van de GRADE-systeem, om te bepalen hoe groot het vertrouwen in de gevonden cruciale uitkomst(en) is. Daarnaast laat een recente meta-analyse en review zien dat er momenteel onvoldoende bewijs is om de klinisch relevante effecten van epidurale steroïde-injecties te ondersteunen in vergelijking met injecties met zoutoplossing of niet-invasieve gebruikelijke zorg bij patiënten met lumbosacraal radiculair syndroom op enig moment tijdens de follow-up. Deze resultaten stellen de steroïdinjectie ter discussie.

Op basis van de studie van Wilby (2021) zou verwacht kunnen worden dat de NVN de richtlijn aanpast. De studie van Bruijn (2021) biedt echter een ander perspectief. Er zijn verschillende

bevindingen over het effect van een steroïdinjectie. Vaststaat dat de beroepsgroep de richtlijn (nog) niet heeft aangepast naar aanleiding van deze studies.

Het Zorginstituut gaat uit van de richtlijn waarin is opgenomen dat ofwel een steroïdinjectie ofwel een operatie mag worden ingezet. Uitgaande van deze richtlijn concludeert het Zorginstituut dat de steroïdinjectie niet voorliggend is op de operatie (stepped care).

Gezien de duur van de klachten van verzoekster (ruim een halfjaar) en het falen van conservatieve niet-invasieve behandeling, kan op grond van de richtlijn van de NVN geconcludeerd worden dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een operatie.

Conclusie

De operatie aan de rug voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op deze behandeling. Bij de beoordeling van het criterium 'redelijkerwijs aangewezen op' heeft het Zorginstituut het stepped care-principe betrokken. Het Zorginstituut is niet bevoegd om te adviseren over de doelmatigheid van de operatie aan de rug van verzoekster.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een operatie aan de rug, in verband met een radiculair syndroom, veroorzaakt door een hernia nuclei pulposi (HNP) op niveau L4/L5 maakt onderdeel uit van het basispakket en verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op deze zorg."

- 6.2. In het definitief advies van 8 juni 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken 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.

Uw commissie heeft het Zorginstituut gevraagd in te gaan op de stelling van verweerder dat de richtlijn van de beroepsgroep is verouderd en dat de RCTstudie van Wilby vraagt om een aanpassing. Volgens verweerder had het op de weg van het Zorginstituut gelegen een nieuwe duiding te doen. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op.

In het voorlopig advies geeft het Zorginstituut aan dat er een duiding verricht moet worden om aan te tonen, dat een steroïdinjectie de eerste invasieve behandeling van het lumboradiculair syndroom is. Hierbij kunnen nieuwe gegevens zoals de studie van Wilby, maar wellicht ook andere data, betrokken worden. Zoals aangegeven zijn er zeer verschillende onderzoeksresultaten met betrekking tot de steroïdbehandeling. Wilby concludeert weliswaar dat behandelend artsen de steroïdinjectie als eerste behandelingsoptie 'kunnen overwegen'. In de studie van Bruijn wordt echter geconcludeerd dat er onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit van een steroïdinjectie (op enig moment in de behandeling).

Uit de beschikbare informatie in het dossier kan geen eenduidige conclusie worden getrokken over de effectiviteit van een voorliggende injectie. Vaststaat dat de beroepsgroep de richtlijn (nog) niet heeft aangepast naar aanleiding van deze studies.

Het is in eerste instantie de verzekeraar die de zorgverzekering uitvoert en vaststelt of zorg behoort tot de basisverzekering. Hierbij moeten wellicht meer gegevens worden betrokken dan de nu besproken en bij dit geschil gevoegde studies. De zorgverlener kan hierbij ook een rol spelen. Als partijen er niet uitkomen, kan het Zorginstituut een standpunt innemen over een interventieindicatiecombinatie. Het Zorginstituut gaat hierbij risicogericht te werk. Hierbij wordt gekeken naar risico's op structurele onduidelijkheid over bijvoorbeeld de indicatie of risico's op het gebied van toegankelijkheid en veiligheid van de zorg.

Op dit moment ziet het Zorginstituut in dit individuele geschil geen aanleiding om een duiding te doen. Voor de volledigheid heeft het Zorginstituut contact opgenomen met de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN). De NVN ziet geen aanleiding om de richtlijn

aan te passen op basis van de studie van Wilby. Het Zorginstituut zal monitoren of soortgelijke geschillen in de nabije toekomst vaker voorkomen. Indien nodig kan er in de toekomst wel een standpunt ingenomen worden.

Op dit moment blijkt uit de beschikbare gegevens dat geen uitspraak kan worden gedaan over de effectiviteit van een injectie als voorliggende behandeling. Het Zorginstituut gaat uit van de richtlijn waarin is opgenomen dat ofwel een steroïdinjectie ofwel een operatie mag worden ingezet. Op basis van deze tamelijk recente richtlijn uit 2020 kan geconcludeerd worden dat er geen voorkeur is voor injectie of operatie als eerste stap bij LRS. Verzoekster was derhalve redelijkerwijs aangewezen op een operatie."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en verblijf, en over het 'redelijkerwijs aangewezen zijn op' alsmede artikel 20 van Vo. 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.

Zorgverzekering

- 8.2. Op basis van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Duitsland - 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. De verordening blijft in beginsel buiten beschouwing als de verzekerde geen toestemming vraagt. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt verzocht. De commissie constateert dat in het onderhavige geval niet is gebleken van een verzoek om voorafgaande toestemming. Dat sprake is van bijzondere omstandigheden die hieraan in de weg stonden is gesteld noch gebleken. Dit betekent dat de verordening verder buiten beschouwing blijft en dat de aanspraak op vergoeding van de te Köln uitgevoerde HNP-operatie moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Ten aanzien hiervan wordt als volgt overwogen.
- 8.3. Een HNP-operatie zoals door verzoekster is ondergaan, behoort tot de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en voldoet daarnaast aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarmee is sprake van verzekerde zorg, en komt de vraag aan de orde of verzoekster redelijkerwijs op deze zorg was aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 februari 2023 verklaard dat verzoekster, gezien de duur van de klachten en de afwijkingen gevonden op de MRI, redelijkerwijs was aangewezen op verdere behandeling door middel van een wortelblokkade óf operatie. Volgens de ziektekostenverzekeraar was een wortelblokkade in de situatie van verzoekster de meest doelmatige oplossing. Dit omdat in geval van een hernia zonder neurologische uitvalsverschijnselen volgens de principes van 'stepped care' een steroïdinjectie de

voorliggende behandeling is. Met betrekking tot dit standpunt van de ziektekostenverzekeraar overweegt de commissie het volgende.

- 8.4. Uit het advies van het Zorginstituut van 30 maart 2023 volgt dat de vraag welke behandeling volgens de principes van 'stepped care' voorliggend is niet moet worden beantwoord tegen de achtergrond van de doelmatigheid, maar in het kader van het criterium of de verzekerde 'redelijkerwijs is aangewezen op' de zorg. Het Zorginstituut heeft in voornoemd advies uiteengezet dat volgens de geldende richtlijn 'Lumbosacraal radiculair syndroom' van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) een verzekerde met het LRS-syndroom kan worden behandeld met ofwel een steroïdinjectie ofwel met een chirurgische ingreep. Na het opstellen van deze richtlijn is weliswaar een studie gepubliceerd over de effectiviteit van de steroïdinjectie, maar deze is nog niet geduid volgens de GRADE-systematiek en heeft er (nog) niet toe geleid dat de richtlijn is aangepast. Het Zorginstituut tekent hierbij aan dat een recente meta-analyse en review laat zien dat er momenteel onvoldoende bewijs is om de klinisch relevante effecten van epidurale steroïdinjecties te ondersteunen in vergelijking met injecties met zoutoplossing of niet-invasieve gebruikelijke zorg bij patiënten met lumbosacraal radiculair syndroom op enig moment tijdens de follow-up. Deze resultaten stellen de steroïdinjectie ter discussie, aldus het Zorginstituut. Gegeven deze stand van zaken kan niet worden geconcludeerd dat de steroïdinjectie voorliggend is op operatief ingrijpen. Bij de beantwoording van de vraag of verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op een operatie, is het Zorginstituut dan ook uitgegaan van de thans vigerende richtlijn. Gezien de duur van de klachten (ruim een halfjaar) en het falen van conservatieve niet-invasieve behandeling, bestond - op basis van deze richtlijn - de keuze tussen een steroïdinjectie of operatief ingrijpen. Zoals blijkt uit de jurisprudentie (zie onder andere ECLI:NL:GHARL:2023:4604) ligt het primaat bij de beantwoording van de vraag of een patiënt op de zorg is aangewezen in beginsel bij de behandelend medisch specialist. Deze heeft in dit geval de uiteindelijke keuze echter bij verzoekster gelaten, waarna zij heeft gekozen voor een HNP-operatie, ondanks het meer invasieve karakter en de mogelijke complicaties. De ziektekostenverzekeraar komt vervolgens weliswaar de bevoegdheid toe de doelmatigheid van de zorg te beoordelen, maar dat kan in deze zaak niet leiden tot een andere uitkomst. Nu de steroïdinjecties niet voorliggend zijn, vervalt het zorginhoudelijke argument. Indien aan het financiële aspect doorslaggevende betekenis zou worden toegekend, betekent dit dat de in de richtlijn opgenomen keuzemogelijkheid de facto aan betrokkene wordt ontnomen, aangezien operatief ingrijpen immers altijd duurder is. Daarnaast blijkt uit de Memorie van toelichting bij artikel 14 Zvw dat het (categorisch) weigeren van bepaalde zorg uit financiële overwegingen niet is toegestaan. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de operatie. Rest de vraag naar de hoogte van de te verlenen vergoeding.
- 8.5. Het staat vast dat de kliniek in Köln niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. In artikel 4.3.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald welke vergoeding geldt als wordt gekozen voor een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd en hierin is opgenomen dat in dat geval aanspraak bestaat op maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar de betreffende zorg heeft ingekocht bij gecontracteerde zorgverleners. De ziektekostenverzekeraar dient met inachtneming hiervan tot vergoeding van de kosten over te gaan.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar:
- (i) de kosten van de HNP-operatie in Köln moet vergoeden tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar de betreffende zorg heeft ingekocht bij gecontracteerde zorgverleners; en
 - (ii) aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 27 juli 2023,

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 sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

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, 2.8 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.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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 combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. 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;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. 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 verslapte 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 verslapd 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 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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk overzicht vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr;
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel [A.1.1](#). In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

4.3.1 Naturapolis (Basis Zeker)

Heeft u een naturapolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet-gecontracteerde zorgverleners, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Voor onderzoek (eerstelijns diagnostiek) dat de huisarts of verloskundige voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgverlener wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief? Dan kunt u het bedrag bij ons opvragen. De lijst met tarieven is ook te vinden op onze website.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het Wmg-tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u (een indicatie van) dit bedrag bij ons opvragen.

4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget)

Naast de in artikel [A.4.2](#) genoemde beperking bij zorg en/of behandelingen die wij niet in elk ziekenhuis of ZBC hebben gecontracteerd, geldt dat u met een Basis Budget voor medisch specialistische zorg (artikel [B.23 Plastische chirurgie](#), [B.24.1 Medische specialistische revalidatie](#), [B.25 Second Opinion](#), [B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf](#), [B.31.1 IVF of ICSI](#) en [B.31.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen](#)) bij een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland terecht kunt. Dit noemen wij selectieve contractering. De voor de Basis Budget gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Gaat u naar een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is voor de Basis Budget? Dan krijgt u een lagere vergoeding. Deze vergoeding is net als bij een gewone naturapolis maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Uitzondering hierop vormt de operatie voor prostaatkanker. Hiervoor geldt de selectieve contractering niet. U kunt terecht in alle ziekenhuizen die wij voor prostaatkankeroperaties gecontracteerd hebben.

4.3.3 Voor deze zorg kunt u ook bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit de artikelen [A.4.3.1](#) en [A.4.3.2](#) niet. Het gaat om:

- a. spoedeisende zorg;
- b. verloskunde;
- c. behandelingen die vallen onder 'overige zorgproducten', zoals kaakchirurgie, laboratoriumonderzoek of röntgenfoto's;
- d. behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
- e. zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- f. behandelingen die vallen onder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
- g. vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m f, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel [A.15](#).

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan kunt u dit tarief bij ons opvragen. Op onze website vindt u ook een lijst met de tarieven op basis van 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

Let op!

Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis Zilveren Kruis afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

4.3.4 Restitutiepolis (Basis Exclusief)

Heeft u een restitutiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. U kunt dit tarief bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van het Wmg-tarief? Dan kunt u dit tarief bij ons opvragen.