

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. B.L.A. van Drunen,

Zaaknummer: 202500884

Partijen

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

en

De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft op 6 augustus 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch verzocht een uitspraak te doen. Op 15 augustus 2025 is het verzoek schriftelijk aan haar bevestigd. Op 25 augustus 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij e-mailbericht van 21 november 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunten aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 november 2025 aan verzoekster gezonden.
- 1.3. Verzoekster heeft bij brief van 9 december 2025 gereageerd op voorgaand e-mailbericht van de zorgverzekeraar. Een kopie van deze brief is, eveneens op 9 december 2025, aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 29 januari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025027581) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 februari 2026 aan partijen gezonden.
- 1.5. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 5 maart 2026 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Een kopie van de reactie is op 10 maart 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.6. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 1 april 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 9 april 2026 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 29 januari 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 13 mei 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie hiervan is, eveneens op 13 mei 2026, aan partijen gezonden.
- 1.8. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 2 juni 2026 gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut. Een kopie van deze reactie is op 5 juni 2026 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten grond van de Zelf Bewust Polis (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar gevraagd een zogeheten Whipple-operatie, uit te voeren in een ziekenhuis in Portugal, te vergoeden.
- 2.3. Bij brief van 9 december 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de operatie niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en dat haar arts in Nederland had vastgesteld dat deze geen zorg was volgens de Nederlandse richtlijnen. Ook beschikt verzoekster niet over een voorafgaande verwijzing voor de operatie. De kosten van de operatie worden niet vergoed.
- 2.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 mei 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 29 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 13 mei 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de kosten ten bedrage van € 80.000, -- van de in Lissabon, Portugal, uitgevoerde Whipple-operatie te vergoeden.
- 3.2. In haar brief van 5 mei 2025 (gedateerd 5 juni 2025) heeft verzoekster verklaard dat haar bij de eerste diagnose werd meegedeeld dat de alvleesklierkanker niet behandelbaar was en dat zij nog maximaal een jaar te leven zou hebben. Via een kennis is zij in contact gekomen met een arts in Portugal die internationaal gerenommeerd is op het gebied van alvleesklierkanker. Na beoordeling van de scans zag deze arts – in tegenstelling tot de behandelend arts in Nederland – nog mogelijkheden voor een operatie. Na overleg met het team van de Champalimaud Foundation in Portugal werd een behandelplan opgesteld. Dit betrof in eerste instantie FOLFIRINOX-chemotherapie en wellicht zou later een operatie plaatsvinden. De chemotherapie is in Nederland gestart in het Medisch Centrum Leeuwarden (hierna: MCL). Toen na enkele kuren de tumor stabiel bleek, besloot de oncoloog in het MCL de behandeling op te schorten. Een operatie werd niet overwogen, omdat ook het UMCG geen mogelijkheid daartoe zag.
- 3.3. Verzoekster heeft gesteld dat de arts in Portugal wel perspectief zag, omdat littekenweefsel op scans vaak foutief wordt geïnterpreteerd als een actieve tumor. Verzoekster heeft toen besloten de operatie in Portugal te laten uitvoeren. Gezien de tijdsdruk en het gebrek aan perspectief in Nederland had zij geen andere keuze dan zelf in te grijpen. Deze beslissing heeft haar € 80.000,-- gekost. De operatie is inmiddels succesvol uitgevoerd. De CA19-9 tumormarkers zijn genormaliseerd. Verzoekster is ongelooflijk dankbaar dat zij dit mag meemaken, maar tegelijkertijd blijft zij achter met een torenhoge schuld, omdat zij uit medische noodzaak zelf ervoor moest zorgen dat zij werd behandeld. Volgens verzoekster hebben het gebrek aan adequate begeleiding, de onjuiste of onvolledige informatie van het MCL, en het falende communicatietraject tussen de zorgverzekeraar en het MCL haar in een onmogelijke positie

gebracht. Zij heeft machtigingen ondertekend waarmee zij de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven om medische gegevens op te vragen bij het MCL. Dit was in het kader van haar verzoek tot vergoeding van de noodzakelijke medische behandeling in Portugal. Na twee maanden heeft de zorgverzekeraar haar meegedeeld dat het MCL nog niet had gereageerd. Verzoekster was teleurgesteld dat er nog niets was gebeurd, terwijl de zorgverzekeraar het zou coördineren. Nadat zij zelf contact had opgenomen met het MCL, bleek er geen reactie van de zorgverzekeraar te zijn ontvangen. Een reactie op de brief die verzoekster vervolgens zelf heeft gestuurd bleef uit. Bij een vervolconsult bleek de toegewezen chirurg niet beschikbaar en kwam verzoekster bij een chirurg die niet op de hoogte was van de situatie. Terugkijkend op het proces heeft zij moeten vaststellen dat het handelen van het MCL teleurstellend en niet professioneel is geweest. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar gevraagd om coulance en erkenning van de uitzonderlijke omstandigheden.

- 3.4. Verzoekster heeft in haar brief van 14 mei 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen en de commissie, verklaard dat zij geen voorafgaande verwijzing had of toestemming van de zorgverzekeraar heeft verkregen om de operatie in Portugal te laten uitvoeren. Hierbij heeft zij benadrukt dat sprake was van uitzonderlijke omstandigheden waardoor zij deze beslissing heeft moeten nemen. Zij heeft de zorgverzekeraar verzocht er rekening mee te houden dat deze niet aan zijn zorgplicht heeft voldaan, geen ondersteuning heeft geboden bij de second opinion, en de operatie – bij een erkend topinstituut – levensreddend is geweest.
- 3.5. Verzoekster heeft aan de commissie de facturen, medische stukken en operatieverslagen met betrekking tot de Whipple-operatie in Portugal overgelegd. Tevens heeft zij op verzoek van de zorgverzekeraar vragen voorgelegd aan de arts in Portugal en de behandelend arts in het MCL. De antwoorden op die vragen heeft verzoekster eveneens aan de commissie overgelegd.
- 3.6. Bij brief van 9 december 2025 heeft verzoekster verklaard dat zij voldoet aan de drie voorwaarden die gelden om op grond van Richtlijn 2011/24/EU binnen de Europese Unie medische zorg te ontvangen en vergoed te krijgen. De Whipple-operatie die verzoekster heeft ondergaan behoort tot de reguliere, verzekerde medisch-specialistische zorg in Nederland. Dit blijkt volgens verzoekster uit de 500 Whipple-operaties, waarbij in 30% van deze gevallen vaatbetrokkenheid bestaat. De ingreep wordt routinematig verricht in Nederlandse expertisecentra, waaronder het Amsterdam UMC/AVL, UMC Utrecht, Erasmus MC en het Catharinaziekenhuis Eindhoven. De operatie voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Verzoekster heeft verder verklaard dat de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar was, omdat het MCL niet voldoet aan de landelijke norm van 20 pancreasoperaties per jaar. Er was geen toegang tot een gespecialiseerd pancreascentrum in Noord-Nederland. Er vond ook geen voorafgaande verwijzing plaats naar een centrum dat de zorg wel kon leveren. Ondanks de ernst van de situatie heeft het MCL geen overleg gehad met een hoogvolume pancreascentrum, niet verwezen naar het UMC Utrecht, Erasmus MC, Amsterdam UMC/AVL of het Catharinaziekenhuis Eindhoven. Er is niet gehandeld conform de richtlijn voor pancreascarcinoom, die voorafgaande verwijzing naar een deskundig centra verplicht stelt. Hierdoor was de zorg volgens verzoekster feitelijk niet toegankelijk.
- 3.7. Verzoekster heeft verder verklaard dat bij alvleesklierkanker er een uiterst beperkt tijdsbestek bestaat tussen de afronding van de behandeling met FOLFIRINOX, de stabilisatie van de tumor, en het optimale operatiemoment. Internationale experts bevestigen dat uitstel van enkele weken tot onomkeerbare progressie kan leiden. De wachttijden in de Nederlandse centra liggen aanzienlijk hoger dan medisch is verantwoord in deze fase van de behandeling. In het kader van de vergoeding van grensoverschrijdende zorg, wanneer de noodzakelijke zorg niet tijdig in de eigen lidstaat beschikbaar is, verwijst verzoekster naar een aantal arresten van het Europees Hof van Justitie.

- 3.8. Bij e-mailbericht van 17 maart 2026 heeft verzoekster opgemerkt dat het Zorginstituut conform zijn wettelijke taak heeft beoordeeld of de zorg behoort tot het basispakket en of verzoekster hierop redelijkerwijs was aangewezen. Dit betreft een aanspraak- en pakketbeoordeling, geen herindicatie of behandeladvies. Het standpunt van de zorgverzekeraar miskent dit wezenlijke onderscheid. Volgens de zorgverzekeraar heeft het Zorginstituut het ‘primaat van de arts’ niet gerespecteerd. Verzoekster heeft gesteld dat het ‘primaat van de arts’ ziet op de indicatiestelling binnen de behandelrelatie tussen arts en patiënt. Het verhindert niet dat – in het kader van een verzekeringsgeschil – wordt getoetst of op basis van objectieve medische criteria, richtlijnen en wetenschappelijke inzichten sprake is van verzekerde zorg. Volgens verzoekster heeft het Zorginstituut niet geoordeeld dat het multidisciplinair overleg onjuist heeft gehandeld of dat de betrokken artsen een fout hebben gemaakt. Het Zorginstituut heeft vastgesteld dat uit het dossier geen medische contra-indicaties blijken die resectie uitsluiten, terwijl zij wél voldeed aan de in de (inter)nationale richtlijnen beschreven selectiecriteria voor chirurgie na neo-adjuvante therapie. Daarmee is geen sprake van het terzijde schuiven van het oordeel van de behandelend artsen, maar van een zelfstandige beoordeling van de verzekeringsrechtelijke aanspraak.
- 3.9. De zorgverzekeraar lijkt volgens verzoekster te betogen dat het enkele feit dat de Nederlandse artsen uiteindelijk niet tot opereren zijn overgegaan, meebrengt dat zij niet redelijkerwijs was aangewezen op de zorg in Portugal. Dat het multidisciplinair overleg tot een terughoudende behandelkeuze komt, betekent echter niet dat een alternatieve, richtlijnconforme behandeloptie daarom buiten het verzekerde pakket valt.
- 3.10. Aanvullend heeft verzoekster opgemerkt dat zij haar behandelend artsen in Nederland uitdrukkelijk heeft verzocht om een voorafgaande verwijzing naar gespecialiseerde chirurgen. Zij is evenwel van ‘het kastje naar de muur’ gestuurd. Het oordeel van irresectabiliteit is genomen zonder dat verzoekster de betrokken artsen heeft gesproken. De behandelend oncoloog heeft bovendien erkend dat hij zelf niet de over de vereiste expertise beschikt en dat hij dergelijke verwijzingen in de praktijk niet pleegt te initiëren. Verzoekster bevond zich hierdoor in een situatie waarbij zij feitelijk geen toegang kreeg tot een second opinion of chirurgische beoordeling binnen Nederland.
- 3.11. Verzoekster heeft verder gesteld dat het Zorginstituut terecht heeft geconcludeerd dat pancreatectomie bij geselecteerde patiënten met lokaal gevorderd pancreascarcinoom aan het criterium ‘plegen te bieden’ voldoet. Verzoekster heeft de commissie verzocht het voorlopig advies van het Zorginstituut hierin te volgen.
- 3.12. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat het voorlopig advies van het Zorginstituut zou moeten worden gevolgd en dat het verweer van de zorgverzekeraar niet opgaat. De kernvraag in geschil is of verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de zorg in Portugal. Dat is ook precies de vraag die het Zorginstituut wettelijk moet beantwoorden op basis van artikel 114 van de Zorgverzekeringswet. Het Zorginstituut heeft op dit punt dan ook geen behandelbeslissing genomen, maar een verzekeringsrechtelijke aanspraaktoets uitgevoerd.
- 3.13. Volgens verzoekster beroept de zorgverzekeraar zich uitgebreid op het zogenoemde ‘primaat van de arts’. Dat primaat geldt binnen de behandelrelatie tussen arts en patiënt. Het betekent niet dat er geen objectieve toets op grond van richtlijnen, wetenschap en verzekerde aanspraken mag plaatsvinden. Het Zorginstituut heeft het oordeel van het MDO niet herroepen, maar vastgesteld dat uit het dossier geen medische contra-indicatie blijkt die een operatie uitsloot. Verzoekster voldeed aan alle objectieve criteria die gelden in de (inter)nationale richtlijnen en kwam medisch gezien in aanmerking voor de operatie. Dat een Nederlands MDO heeft gekozen voor een conservatievere behandeling, maakt de in Portugal genoten zorg nog geen onverzekerde zorg.

- 3.14. Verzoekster licht verder toe dat zij bewust heeft gekozen voor een second opinion bij een gerenommeerde arts in Portugal. De second opinion bevestigde dat een operatie medisch verantwoord en zinvol was. Het standpunt van de zorgverzekeraar zou betekenen dat zorg die in Nederland terughoudender wordt toegepast, en die wél internationaal richtlijnconform is, per definitie buiten het verzekerde pakket valt. Dat is niet hoe de Zorgverzekeringswet is bedoeld, omdat het patiënten ernstig zou beperken in hun recht op passende zorg.
- 3.15. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft verzoekster verklaard dat zij na de diagnose in Nederland kreeg te horen dat haar vooruitzichten beperkt waren en zij nog maar enkele maanden te leven had. In juni 2024 heeft zij contact opgenomen met de arts in Portugal. Deze heeft het medisch dossier beoordeeld. Hij adviseerde behandeling met FOLFIRINOX, waarna eventueel resectie zou kunnen plaatsvinden. De oncoloog in het MCL adviseerde niet direct behandeling met FOLFIRINOX. Hij stelde een andere kuur voor, maar omdat FOLFIRINOX een sterkere kuur betrof, was het de wens van verzoekster hiermee te starten. Na de kuur van vier weken is in Nederland weer een scan gemaakt. De tumor was kleiner geworden. Daarna volgden nogmaals 8 kuren met FOLFIRINOX, maar bleek resectie niet mogelijk. Verzoekster heeft toen wederom contact opgenomen met de arts in Portugal. De laatste scans zijn aan hem gestuurd en niet lang daarna liet de arts weten dat behandeling met 6 kuren ook voldoende was geweest. Hij vertelde dat de tumor niet helemaal zou verdwijnen, maar dat er wel actie moest worden ondernomen en de FOLFIRINOX daartoe de eerste stap vormde. Daarom is verzoekster naar Portugal gegaan. Er was geen tijd meer om een ander ziekenhuis in Nederland te zoeken. Verzoekster heeft verder verklaard dat zij om een algemene voorafgaande verwijzing heeft gevraagd. Geen enkele arts zag de noodzaak daarvan echter in. Er werd hierbij steeds verwezen naar de geldende richtlijnen. De huisarts wilde haar in eerste instantie ook niet verwijzen, want dat moest volgens hem de behandelend medisch specialist/chirurg doen. Verzoekster heeft geprobeerd in contact te komen, maar geen enkele medisch specialist/chirurg te spreken gekregen. Op enig moment heeft de zorgverzekeraar haar meegedeeld dat een voorafgaande verwijzing bij de aanvraag ontbrak. De huisarts heeft toen alsnog een verwijzing verstrekt. Verzoekster was inmiddels geopereerd.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 21 november 2025, gericht aan de commissie, verklaard dat op 24 oktober 2024 door hem een nieuwe aanvraag voor een behandeling in het buitenland werd ontvangen. De aanvraag betrof een Whipple-operatie vanwege alvleesklierkanker in de kop van de alvleesklier (pancreaskopcarcinoom). Bij een Whipple-operatie wordt de kop van de alvleesklier verwijderd, samen met de twaalfvingerige darm, de galblaas, een deel van de galwegen en soms een deel van de maag. Verzoekster wilde de operatie laten uitvoeren door een arts in het Botton-Champalimaud Pancreatic Cancer Centre te Lissabon. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 12 november 2024 om aanvullende informatie gevraagd. Op 11 november 2024 is verzoekster in het Botton-Champalimaud Pancreatic Cancer Centre te Lissabon opgenomen. Op 15 november 2024 heeft de huisarts haar voor de operatie verwezen naar het ziekenhuis in Lissabon. Op 27 november 2024 heeft verzoekster aanvullende informatie gestuurd aan de zorgverzekeraar.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 9 december 2024, gericht aan verzoekster, meegedeeld dat vergoeding (nog) niet mogelijk was. Zorg moet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Haar arts in Nederland had vastgesteld dat sprake was van een niet te opereren pancreaskopcarcinoom. Daarnaast is verzoekster door de Nederlandse arts niet verwezen naar het ziekenhuis in Lissabon. De huisarts heeft pas na de operatie een verwijzing geschreven. De zorgverzekeraar heeft - via verzoekster - een aantal vragen gesteld aan de Nederlandse arts en de arts in Lissabon. Bij brief van 14 mei 2025 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat naar

aanleiding van de brief van 9 december 2024 door hem geen nieuwe informatie is ontvangen en de aanvraag terecht is afgewezen. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn leidend, ook als achteraf blijkt dat de operatie succesvol was. Een medische indicatie voor een operatie moet voorafgaand hieraan zijn gesteld. Niet het achteraf gebleken succes van een operatie bepaalt of deze mag worden vergoed. Bij wijze van uitzondering heeft de zorgverzekeraar de Nederlandse arts vragen gesteld. Dat daarop geen reactie is ontvangen, valt de zorgverzekeraar niet aan te rekenen. Van een expliciete bevestiging dat de zorgverzekeraar de coördinatie op zich zou nemen is nooit sprake geweest.

- 4.3. De zorgverzekeraar heeft verder gesteld dat op grond van de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering een zorgprestatie uitsluitend ten laste van de zorgverzekering mag worden vergoed indien:

- het zorg is zoals medisch specialisten die ‘plegen te bieden’;
- het zorg is die behoort tot de ‘stand van de wetenschap en praktijk’;
- de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de betreffende vorm van zorg.

Het betreft hierbij cumulatieve voorwaarden, dus als aan één of meer van deze voorwaarden niet is voldaan, dan bestaat er geen aanspraak op de zorg.

- 4.4. Op grond van artikel 2.1 in samenhang met artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering is sprake van een verzekerde prestatie als het gaat om geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die ‘plegen te bieden’. De zorgverzekeraar verwijst in dit verband naar een arrest van 27 januari 2023 van de Hoge Raad en heeft een deel geciteerd waarin uitleg en toepassing is gegeven aan het criterium ‘plegen te bieden’. Het is aan de zorgverzekeraars om te beoordelen of aan dit criterium is voldaan. Deze kunnen niet alle zorg vooraf beoordelen en baseren zich doorgaans op de professionele richtlijnen van de beroepsgroep. De zorgverzekeraar verwijst hiervoor naar het rapport van 20 maart 2023 (pagina 15) van ‘Pakketbeheer als solide basis voor passende zorg’. De zorgverzekeraar heeft verder verklaard dat de behandelend artsen in het MCL en het UMCG oordeelden dat het pancreaskopcarcinoom van verzoekster niet operabel was vanwege de vaatbetrokkenheid van de tumor. In Nederland is de Richtlijn Pancreascarcinoom bepalend voor het antwoord op de vraag of het gaat om zorg zoals medische specialisten die ‘plegen te bieden’. In de richtlijn wordt stilgestaan bij de vraag wanneer er een indicatie voor resectie van pancreascarcinoom is. In het geval van verzoekster was sprake van een volledig ingesloten en samengedrukte ader door de tumor. Dat betekent dat de tumor het bloedvat volledig, over 360 graden, omringt en dichtdrukt. De Nederlandse arts is conform de Richtlijn Pancreascarcinoom gestart met chemotherapie (FOLFIRINOX), alvorens resectie te overwegen. In verband met de persisterende vaatbetrokkenheid is in het MDO besproken dat resectie niet mogelijk werd geacht. Daarmee is de operatie die verzoekster heeft ondergaan geen zorg zoals medisch-specialisten in Nederland plegen te bieden.
- 4.5. Een vorm van zorg komt voor vergoeding in aanmerking als deze behoort tot de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De werkwijze van de beoordeling of een vorm van zorg tot de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ behoort volgt een vast stappenplan, vastgelegd in het beoordelingskader Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk 2023 van het Zorginstituut. De stelplicht en de bewijslast ten aanzien van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ rust op de zorgaanbieder of verzekerde die de zorg ten laste van de zorgverzekering vergoed wil krijgen. De zorgverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat de Whipple-operatie niet aan genoemd criterium voldoet. Op 18 december 2024 heeft de zorgverzekeraar een aantal artikelen en richtlijnen van de Portugese arts ontvangen, namelijk:
- (i) NCCN Guidelines Version 3.2024 Pancreatic Adenocarcinoma;
 - (ii) een stroomschema van de European Society For Medical Oncology;

- (iii) een artikel over ‘Neoadjuvant Treatment in Pancreatic Cancer’;
- (iv) een consensus document van de International Study Group of Pancreatic Surgery;
- (v) een artikel van Marco Del Chiaro et al. uit 2018.

- 4.6. Verzoekster heeft geen concrete stellingen ingenomen, en zonder nadere toelichting is het voor de zorgverzekeraar niet mogelijk om uit de door de arts in Portugal overgelegde stukken te abstraheren waarom de door verzoekster ontvangen zorg tot de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ behoort. In algemene zin heeft de zorgverzekeraar verklaard dat het hierbij (i) een stroomschema betreft waarin staat “overweeg chirurgische resectie indien mogelijk”. Deze overweging is zorgvuldig gedaan door de Nederlandse artsen. Dit geldt ook voor (ii). Het artikel ‘Neoadjuvant Treatment in Pancreatic Cancer’ (iii) is niet relevant. Dit betreft een voor de operatie gegeven aanvullende behandeling. In dit geval de chemotherapie. Deze behandeling heeft verzoekster in Nederland ontvangen en de vergoeding daarvan staat verder niet ter discussie. Aan het consensusdocument (iv) komt geen waarde toe in het kader van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, omdat het een mening van artsen bevat en niet is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Het artikel van Marco Del Chiaro et al. (v) betreft een retrospectieve studie met een lage bewijswaarde. Bij retrospectief onderzoek bestaat een groot risico op selectiebias als wordt gekeken naar palliatie versus chirurgie. Op basis van dit artikel kan geen conclusie worden getrokken.
- 4.7. Ook aan het indicatievereiste van artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering is in het geval van verzoekster niet voldaan. Dit vereiste moet nationaal worden uitgelegd.
- 4.8. Verder heeft de zorgverzekeraar aangevoerd dat verzoekster niet beschikte over een geldige verwijzing. De Nederlandse medisch specialist wilde haar niet verwijzen. Pas na de operatie heeft de huisarts een verwijzing voor het ziekenhuis in Portugal afgegeven. Op grond van artikel 2.7.1.a van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op vergoeding als een verwijzing is afgegeven voordat van de zorg is gebruikgemaakt. Artikel 3.11 van dezelfde voorwaarden vereist een verwijzing voor medisch specialistische zorg en artikel 3.19 voor het verblijf. Deze zorg komt daarmee niet voor vergoeding in aanmerking.
- 4.9. De zorgverzekeraar heeft verder gesteld dat verzoekster op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 recht heeft op vergoeding van zorg in een andere EU-lidstaat op basis van het sociale verzekeringsstelsel van de andere EU-lidstaat als de zorg (i) onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Hiervoor werd reeds uitgeschreven dat volgens de zorgverzekeraar niet is voldaan aan (i) en (ii). Daarnaast geldt de eis dat de verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen aan de verzekeraar. Doet een verzekerde dit niet, dan blijft de verordening in beginsel buiten toepassing. Verzoekster heeft weliswaar om toestemming gevraagd, maar deze niet verkregen. Ook daarom komt de door haar ontvangen zorg volgens de zorgverzekeraar niet voor vergoeding in aanmerking. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij bekend is met de facturen van Botton-Chamalimaud ten bedrage van € 75.387,77. Deze zien ook op kosten die niet voor vergoeding in aanmerking komen, zoals de regels ‘Diaria de acompanhante’ (Portugees voor dagvergoeding begeleider). Deze beslaan een groot deel van de facturen. Hetzelfde geldt voor de, verder niet nader onderbouwde, claim van € 5.000,-- voor het verblijf van de echtgenoot van verzoekster. Dit zijn geen kosten die op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Verder geldt dat de zorgverzekeraar geen contract heeft met Botton-Champilaud. Op grond van artikel 2.7.10 in samenhang met artikel 13.11 van de voorwaarden van de zorgverzekering bedraagt de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

- 4.10. Een verzekerde heeft op een vorm van zorg slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De parlementaire geschiedenis merkt over deze voorwaarde op dat de zorgverzekeraar het recht heeft om te controleren of de door de arts geïndiceerde vorm van zorg inderdaad wel voor de betreffende patiënt is aangewezen en ook niet meer omvat (en dus niet duurder is) dan nodig is. Volgens de zorgverzekeraar is het van belang voor ogen te houden dat een behandelend arts een verwijzing kan uitschrijven en een bepaalde vorm van zorg kan adviseren, maar dit niet automatisch met zich brengt dat ook aanspraak bestaat op vergoeding van die zorg ten laste van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar verwijst hiervoor naar een bindend advies van de commissie (SKGZ202400183).
- 4.11. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 5 maart 2026 gesteld dat het Zorginstituut het primaat van de arts(en) van verzoekster niet respecteert. Het oordeel van de behandelend arts is het uitgangspunt bij de beantwoording van de vraag of een verzekerde in een concreet geval op bepaalde zorg is aangewezen. Dit wordt het ‘primaat van de arts’ genoemd. Het primaat van de arts is volgens de zorgverzekeraar tientallen malen bevestigd in zowel de civiele rechtspraak als de bindend adviezen van de commissie. Samengevat is redengevend dat de behandelend arts (jarenlange) expertise heeft, het patiëntencontact heeft gehad, de patiënt heeft gezien, en op basis van het volledige dossier, zijn (vak)kennis en het patiëntencontact een beslissing heeft genomen die nooit helemaal ‘zwart-wit’ is, maar subjectieve elementen bevat die door hem als betrokken arts worden ingevuld aan de hand van alle omstandigheden van het geval. Het primaat van de arts staat voorop en de medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft van de juistheid van het oordeel van de arts uit te gaan. Alleen als de medisch adviseur de uitleg van de arts ‘onnavolgbaar’ vindt, is een uitzondering op de regel mogelijk. Volgens de zorgverzekeraar heeft het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden het primaat van de arts nog verder toegelicht, waarbij het gerechtshof veel gewicht toekent aan de expertise van de behandelend arts afgezet tegen de beperktere kennis van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Ook in dit geval speelt het primaat van de arts een belangrijke rol omdat, zoals ook blijkt bij de discussie over de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, alleen bij ‘geselecteerde patiënten’ resectie een optie is. Deze selectie vindt plaats door een MDO van medisch specialisten, die deze selectie doen op basis van jarenlange expertise en patiëntencontact, en het volledige dossier.
- 4.12. In het geval van verzoekster heeft haar behandelend arts geoordeeld dat er geen indicatie was om tot een Whipple-operatie over te gaan. Zowel de chirurg van het MCL als de chirurgen van het UMCG in een MDO (na chemotherapie) hebben vastgesteld dat opereren niet zinvol was. Volgens de zorgverzekeraar moet hij het primaat van de arts respecteren, daarom heeft hij vergoeding van de zorg afgewezen. Het Zorginstituut respecteert het primaat van de behandelend arts daarentegen niet. Over de adviestaak merkt het Zorginstituut in zijn brief van 26 januari 2026 op dat twee vragen dienen te worden beantwoord:
- (i) of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket, en
 - (ii) of verzoekster redelijkerwijs op de zorg is aangewezen.
- Dit laatste is een medische beoordeling. Er is een BIG-geregistreerde medisch adviseur betrokken bij de beoordeling van het geschil. Volgens de zorgverzekeraar heeft het Zorginstituut een volledige medische beoordeling uitgevoerd met behulp van een BIG-geregistreerde medisch adviseur op basis van enkel een (incompleet) dossier. Deze medisch adviseur onderscheidt zich niet van de medisch adviseurs van de verzekeraars. De zorgverzekeraar vindt het onbegrijpelijk dat hij onrechtmatig handelt als hij de zorg zou vergoeden ten laste van de zorgverzekering, maar dat de medisch adviseur van het Zorginstituut - vergelijkbaar met zijn medisch adviseur - wel zijn of haar minder specialistische oordeel boven dat van een MDO stelt.
- 4.13. De medisch adviseur van het Zorginstituut heeft op basis van een onvolledig dossier de beslissing genomen: *“het is uit de ontvangen bescheiden onduidelijk waarom de Nederlandse behandelaars niet besloten tot een resectie. Verzoekster voldeed immers aan de*

indicatievoorwaarden voor resectie". Wat er in het MDO is besloten is – op dit moment – onduidelijk en maakt geen deel uit van het dossier. De redenen van de chirurgen bij het MDO om niet tot opereren over te gaan zijn niet in detail bij de zorgverzekeraar bekend en ook niet bij de medisch adviseur van het Zorginstituut. Het oordeel van de chirurgen bij het MDO wordt terzijde geschoven door één medisch adviseur van het Zorginstituut, waarbij is getornd aan een indicatie van een team van behandelend artsen, zonder nadere vragen te stellen. Voor de medisch adviseurs van de zorgverzekeraar is dit onrechtmatig handelen.

- 4.14. De zorgverzekeraar heeft verder gesteld dat het Zorginstituut in één zin oordeelt dat de operatie van verzoekster zorg is zoals medisch specialisten 'plegen te bieden'. Het Zorginstituut geeft met dit oordeel echter geen blijk van kennis van de meest recente rechtspraak op het gebied van het 'plegen te bieden' criterium. Uit die rechtspraak volgt namelijk dat bij de vraag of zorg 'plegen te bieden' is, getoetst moet worden aan (onder andere) richtlijnen en kwaliteitseisen. Dit benoemt het Zorginstituut ook in het rapport 'Pakketbeheer in de Praktijk 4' (pag.28). Volgens de zorgverzekeraar betekent het enkele feit dat zorg in een richtlijn staat niet dat daarmee automatisch is voldaan aan het 'plegen te bieden'-criterium. De redenering "*pancreatectomie bij een adenocarcinoom van de pancreaskop staat als optie in de Richtlijn Pancreascarcinoom en is dus zorg als Nederlandse artsen die plegen te bieden*" gaat niet op. Het 'plegen te bieden'-criterium moet nationaal worden uitgelegd. Het Zorginstituut had volgens de zorgverzekeraar moeten toetsen of sprake is van zorg zoals Nederlandse artsen – conform de Nederlandse richtlijnen – die zouden verrichten. De behandelend artsen hebben op grond van de Nederlandse richtlijnen geoordeeld dat verzoekster niet in aanmerking kwam voor een veilige en kansrijke resectie. Daarmee was de resectie geen zorg zoals Nederlandse specialisten die 'plegen te bieden'.
- 4.15. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat het Zorginstituut in het voorlopig advies heeft opgemerkt dat een pancreatectomie bij geselecteerde patiënten met een lokaal gevorderd pancreascarcinoom bewezen effectief is, na een kuur met een neo-adjuvante therapie, zoals FOLFIRINOX. In zowel de richtlijnen als de literatuur komt naar voren dat het om zorgvuldig geselecteerde patiënten moet gaan. In het geval van verzoekster hebben de chirurgen bij het MDO – op basis van klinische, radiologische, pathologische gegevens en de huidige wetenschappelijke richtlijnen – geconcludeerd dat verzoekster niet tot de geselecteerde patiënten behoorde. Volgens de zorgverzekeraar is resectie na neo-adjuvante therapie alleen zinvol bij strikt geselecteerde patiënten met een lokaal gevorderd pancreascarcinoom. Dit betreft patiënten zonder arteriële occlusie of uitgebreide arteriële betrokkenheid, met een goed functioneel resultaat zonder progressie. Daar waar veneuze resectie vaker kansrijk is, blijft arteriële resectie risicovol en wordt dit niet routinematig geadviseerd. Volgens de chirurgen bij het MDO voldeed verzoekster niet aan de voorwaarden voor resectie.
- 4.16. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop gesteld dat niet voorligt of de keuze van verzoekster begrijpelijk was, maar louter of de kosten van de operatie op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Daarvoor geldt een wettelijk kader, met eigen criteria en grenzen. De zorgverzekeraar heeft het primaat van de arts gevolgd, want volgens het MDO was er geen indicatie om tot een operatie over te gaan. In het geval van verzoekster heeft tweemaal een MDO plaatsgevonden. Eenmaal in het MCL en eenmaal in het UMCG. In oktober 2024 is een scan gemaakt en daarna is aan het UMCG een second opinion gevraagd. Het primaat van de arts is door de zorgverzekeraar tweemaal gevolgd. Een operatie was volgens de MDO's niet mogelijk vanwege de uitgebreide vaatbetrokkenheid van de tumor. De medisch adviseur van het Zorginstituut oordeelde dat opereren wél mogelijk was. Het is de zorgverzekeraar niet toegestaan om in gevallen waarin een arts oordeelt dat een behandeling niet is aangewezen, een inhoudelijke medische beoordeling te doen en te toetsen of een andere beslissing had moeten worden genomen. Dit zou voor de medisch adviseur van het Zorginstituut ook moeten gelden. Ongelijkheid op dit punt leidt tot rechtsonzekerheid. Enerzijds voor de

zorgverzekeraar, omdat hij nooit meer ervan kan uitgaan dat een vergoeding die wordt afgewezen – omdat er volgens de behandelend arts geen indicatie is – terecht is afgewezen. Anderzijds bij de behandelend artsen; deze zien zich geconfronteerd met een bindend advies waarmee hun deskundig oordeel terzijde wordt geschoven zonder dat zij zich inhoudelijk hebben kunnen verweren. De zorgverzekeraar zijn geen bindende adviezen bekend waarin de arts geen indicatie stelt, maar het Zorginstituut wel bepaalt dat er een indicatie is. In het voorlopig advies van het Zorginstituut wordt op pagina 9 een indicatie gesteld die niet door de artsen in twee MDO's is gesteld.

De zorgverzekeraar heeft verder verklaard dat de vraag of er een indicatie bestaat voor resectie een individuele beoordeling is. De specifieke criteria kunnen aanleiding geven voor resectie, maar vervolgens wordt door de betrokken artsen in het MDO besproken of een resectie technisch mogelijk en zinvol is. Bij een MDO zijn verschillende artsen betrokken, waaronder de chirurg die de operatie uitvoert en de indicatie stelt. De operatie is een standaard operatie en wordt uitgevoerd in de centra waar het MDO plaatsvindt. Daarnaar gevraagd door de commissie licht de zorgverzekeraar toe dat het begrijpelijk is dat de oncoloog niet kan beoordelen wanneer resectie haalbaar en zinvol is. Hij voert de chirurgische behandeling niet uit. De chirurg beoordeelt samen met de radioloog en oncoloog de individuele situatie. Dit kan te maken hebben met omliggend weefsel, klachten die iemand overhoudt na resectie, en wat de kwaliteit van leven nog zal zijn. Er zijn meer overwegingen die bepalen of resectie haalbaar en zinvol is. De zorgverzekeraar heeft het MDO-verslag niet. Dit is voor hem ook niet relevant, omdat de beslissing tot resectie is voorbehouden aan de chirurg. Tweemaal is door twee chirurgen bepaald dat resectie bij verzoekster niet haalbaar en zinvol is. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar kan daarover niet anders beslissen.

- 4.17. De zorgverzekeraar heeft herhaald dat uit het 'Resultaat beeldvormend onderzoek' blijkt dat bij de tumor sprake is van een belangrijke slagader en dat de tumor door andere aderen volledig is omsloten. De zorgverzekeraar citeert een deel van pagina 9 van het voorlopig advies van het Zorginstituut en stelt dat daar een medische beoordelingsfout wordt gemaakt.
- 4.18. Wat betreft het criterium 'plegen te bieden' merkt de zorgverzekeraar op dat zorg die in een richtlijn als optie wordt genoemd – zoals resectie bij pancreascarcinoom – niet om die reden automatisch zorg is zoals Nederlandse artsen 'plegen te bieden'. In de civiele rechtspraak wordt getoetst of artsen conform de richtlijnen van de beroepsgroep handelen om de vraag te beantwoorden of de zorg die zij leveren zorg is zoals Nederlandse artsen die 'plegen te bieden'. Die toets is door het Zorginstituut niet uitgevoerd, en het Zorginstituut had niet zonder nadere toelichting kunnen oordelen dat de operatie zorg is zoals Nederlandse specialisten die 'plegen te bieden'. Met één zin heeft het Zorginstituut opgemerkt dat de zorg die verzoekster heeft gehad voldoet aan dit criterium. Het Zorginstituut had bij zijn beoordeling de Nederlandse richtlijnen dienen te betrekken. Dit is wel gedaan door het MCL en de UMCG. De daar werkzame medisch specialisten hebben op grond van de Nederlandse richtlijnen geoordeeld dat verzoekster niet in aanmerking kwam voor een veilige en kansrijke resectie. Daarnaar gevraagd door de commissie heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij niet kan beoordelen of de zorg in Portugal voldoet aan de kwaliteit en voorwaarden die in Nederland gelden.
- 4.19. Met betrekking tot de voorafgaande verwijzing heeft de zorgverzekeraar verklaard dat deze ontbrak. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft de oncoloog vragen gesteld en deze heeft daarop geantwoord. In het kader van de verwijzing heeft de oncoloog verklaard dat hij dit soort verwijzingen nooit doet, omdat hij geen zicht heeft op de kunde, kwaliteitsstandaarden en overwegingen van de arts in Portugal. Daarnaast was een dergelijke operatie in Nederland ook mogelijk, maar bleek dit gezien de uitgebreidheid van de tumor niet haalbaar en zinvol. Een third opinion leek ook geen mogelijkheid, omdat volgens de oncoloog de Nederlandse chirurgen op één lijn zitten. Verzoekster heeft gesteld dat het voor haar onmogelijk was om een voorafgaande verwijzing te krijgen. Volgens de zorgverzekeraar hangt dit samen met het feit dat de oncoloog

en de chirurgen in Nederland niet wilden verwijzen, omdat zij hadden beoordeeld dat er geen indicatie voor resectie was.

- 4.20. Daarnaast merkt de zorgverzekeraar op dat als er al sprake is van verzekerde zorg, aanspraak bestaat op vergoeding op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- 4.21. Wat betreft het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ heeft de zorgverzekeraar een overzicht met wetenschappelijke literatuur met de beoordeling per artikel overgelegd. De conclusie is dat resectie na neoadjuvante therapie bij geselecteerde patiënten met lokaal gevorderd pancreascarcinoom mogelijk overlevingswinst geeft, vooral wanneer er geen progressie is, de performance status goed is, en CA19-9 daalt. Tegelijkertijd blijft de bewijskwaliteit voor directe chirurgische [ingreep in: commissie] vergelijking met palliatieve behandeling vaak laag tot zeer laag, omdat veel data retrospectief, selectief en niet-gerandomiseerd zijn. Verder heeft de zorgverzekeraar de medische literatuur toegelicht. Daarin wordt een belangrijk onderscheid gemaakt tussen veneuze en arteriële betrokkenheid. Veneuze resectie lijkt in geselecteerde gevallen vaker uitvoerbaar en oncologisch verdedigbaar, terwijl arteriële resectie duidelijk complexer is en meer onzekerheid, morbiditeit en selectieproblemen kent. Dat verschil is relevant voor de beoordeling van de situatie van verzoekster, omdat de positieve literatuur vaak mede voortkomt uit patiënten met vooral veneuze betrokkenheid of patiënten die na therapie alsnog gunstig genoeg waren voor chirurgie. Er dient een individuele beoordeling plaats te vinden. De zorgverzekeraar merkt op dat bij een dergelijk specialistisch dossier moet worden uitgegaan van de uitvoerige overweging zoals die is gemaakt tijdens het MDO. Het is niet de taak van de zorgverzekeraar die specialistische, patiëntspecifieke oncologische afweging te reconstrueren of te vervangen.
- 4.22. De zorgverzekeraar heeft verder verklaard dat in Nederland wordt aangehaakt bij Evidence Based Medicine, dat is gebaseerd op de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het gaat er dan om of een behandeling bewezen effectief is. Daarnaar gevraagd door de commissie heeft de zorgverzekeraar gesteld dat er niet van wordt uitgegaan dat de kwaliteit van zorg in het buitenland automatisch voldoet aan de Nederlandse kwaliteit. Daarom is voorafgaande toestemming ook vereist.
- 4.23. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 2 juni 2026 gesteld dat het Zorginstituut in het definitief advies van 13 mei 2026 een aantal opmerkingen maakt over het criterium ‘plegen te bieden’. De zorgverzekeraar citeert het door de Hoge Raad gedefinieerde criterium ‘plegen te bieden’ uit zijn arrest van 27 januari 2023 (DSW/Ciran). Hieruit blijkt volgens de zorgverzekeraar dat het niet alleen zo kan zijn dat zorg (enkel) in een richtlijn wordt genoemd, maar dat deze ook moet worden geleverd op een wijze die de desbetreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. Om de professionele handelwijze vast te stellen, moeten de richtlijnen van de beroepsgroep worden nagegaan. Het gaat in dat geval om de Nederlandse richtlijnen, want de Nederlandse beroepsgroep is bepalend, zoals het Zorginstituut erkent.
- 4.24. Volgens de zorgverzekeraar kan het Zorginstituut, gelet op het voorgaande, niet volstaan met de enkele zin “*Het verrichten van een pancreatectomie bij een adenocarcinoom van de pancreaskop is zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden*”, maar had hij moeten toetsen of de pancreatectomie die in Portugal is uitgevoerd naar Nederlandse richtlijnen en kwaliteitskaders ‘plegen te bieden’ is. Dat heeft het Zorginstituut nagelaten. De Nederlandse behandelaars van verzoekster merken expliciet op dat zij onvoldoende zicht hebben op de kunde, kwaliteitsstandaarden, overwegingen en beweegredenen van de arts in Portugal. Het is geen gegeven dat de zorg die in Portugal is geboden zorg is die pleegt te worden geboden als bedoeld door de Hoge Raad.

- 4.25. Volgens het Zorginstituut moet ‘plegen te bieden’ nationaal worden uitgelegd, maar *“speelt de internationale praktijk wel een rol”*. Dit laatste is een overweging van de Hoge Raad uit zijn arrest van 11 oktober 2024 (ECLI:NL:HR:2024:1416, Car-T). De volledige rechtsoverweging heeft de zorgverzekeraar uitgeschreven. Uit dit arrest blijkt volgens de zorgverzekeraar dat de doorverwijzing en het criterium ‘plegen te bieden’ met elkaar samenhangen. Immers, de doorverwijzing getuigt ervan dat de Nederlandse artsen de behandeling in het buitenland onderschrijven, omdat daarvoor een indicatie is conform de Nederlandse richtlijnen en dat de behandeling in het buitenland waarnaar zij doorverwijzen ‘plegen te bieden’ is. Deze samenhang legt de Hoge Raad expliciet uit met de woorden: *“Van dit laatste kan bijvoorbeeld blijken doordat de Nederlandse beroepsgroep in voorkomend geval patiënten naar een buitenlandse zorgaanbieder doorverwijst voor de desbetreffende behandeling.”*
- 4.26. In de situatie van verzoekster is sprake van het spiegelbeeld. De Nederlandse artsen hebben niet willen doorverwijzen, omdat zij van mening waren dat opereren, conform de Nederlandse richtlijnen naar hun specialistische oordeel, niet zinvol was. Zij hebben de behandeling daarmee uitdrukkelijk niet willen legitimeren. Daarmee is er à contrario dus geen sprake van ‘plegen te bieden’. Om deze reden heeft de zorgverzekeraar ook het verweer over de ontbrekende geldige verwijzing niet willen intrekken. Zoals ter zitting is gesteld, is dit onlosmakelijk verbonden met het punt dat geen sprake is van zorg zoals Nederlandse artsen die ‘plegen te bieden’. Uit het ontbreken van de verwijzing volgt dat de Nederlandse artsen vinden dat de behandeling in deze omstandigheden niet tot het aanvaarde arsenaal behoort. De zorgverzekeraar heeft hierbij verwezen naar een citaat van de Hoge Raad uit een advies van het CVZ. Van de hierin genoemde situatie is bij verzoekster ook geen sprake. Het gaat bij haar niet om een behandeling die in Nederland niet aanwezig was. Ook blijkt nergens uit dat de vereiste deskundigheid in Nederland niet aanwezig was, want deze zorg wordt in Nederland geboden als artsen daar een indicatie voor zien. Die werd in de situatie van verzoekster, conform de Nederlandse richtlijnen, echter niet gezien.
- 4.27. De zorgverzekeraar verzoekt de commissie nogmaals oog te hebben voor de potentiële precedentwerking die de onderhavige zaak kan hebben. Als wordt geoordeeld dat de zorg in Portugal toch verzekerde zorg is, wordt daarmee de indicatie van de Nederlandse artsen ter zijde gesteld en het oordeel van een buitenlandse arts daarboven gesteld. Daarmee worden ook buitenlandse richtlijnen boven de Nederlandse richtlijnen gesteld. Een buitenlandse behandeling wordt gelegitimeerd waar de Nederlandse artsen niet voor konden en wilden instaan. Het is volgens de zorgverzekeraar belangrijk voor ogen te houden dat op het moment van deze procedure niet bekend is of de Portugese indicatiestelling en behandeling aan de Nederlandse richtlijnen voldoen; dit is door niemand getoetst. Het potentiële oordeel dat deze zorg verzekerde zorg is, zou grote vlekwerking kunnen hebben en kunnen betekenen dat de zorg die in Nederland geen ‘plegen te bieden’ is en waarvoor Nederlandse artsen geen indicatie willen stellen, toch moet worden vergoed, enkel omdat er een arts buiten Nederland is die de behandeling wel wil uitvoeren.
- 4.28. Hoewel uit de literatuur volgt dat resectie na neoadjuvante therapie bij een zorgvuldig geselecteerde subgroep van patiënten met lokaal gevorderd pancreascarcinoom kan leiden tot overlevingswinst, betreft dit geen algemene indicatie, maar een voorwaardelijke toepassing bij gunstige selectiecriteria, waarbij geen progressie, een goede respons (zoals daling van CA19-9) en zowel anatomische als biologische resectabiliteit aanwezig moeten zijn. Daarbij dient te worden onderkend dat de onderliggende evidence grotendeels is gebaseerd op retrospectieve en selectief samengestelde studies, met een aanzienlijk risico op bias en een lage tot zeer lage bewijskracht, waardoor extrapolatie naar individuele patiënten beperkt is. In lijn met de richtlijnen dient de beoordeling van resectabiliteit daarom individueel en multidisciplinair plaats te vinden. In het geval van verzoekster is bij de in Nederland uitgevoerde MDO-beoordeling expliciet geconcludeerd dat resectie niet haalbaar was, juist vanwege persisterende

vaatbetrokkenheid. Dit betreft geen oordeel van de zorgverzekeraar, maar een medisch-inhoudelijke afweging door gespecialiseerde behandelaars met expertise. Een adviserend orgaan kan dit niet zonder meer vervangen of terzijde schuiven. Gelet hierop en op de beperkte bewijskracht van de literatuur kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op een pancreatectomie.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. *In het voorlopig advies van 29 januari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:*

Beoordeling ‘plegen te bieden’

Het verrichten van een pancreatectomie bij een adenocarcinoom van de pancreaskop is zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden.

Beoordeling ‘stand van wetenschap en praktijk’

Het in de Zvw gestelde criterium ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ betreft één geïntegreerde wettelijke maatstaf, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, verenigd zijn. Bij de beoordeling of zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ wordt, zoals aangegeven in het rapport Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk, uitgegaan van de principes van evidence-based medicine (EBM). Hierbij wordt op gestructureerde wijze een literatuuronderzoek gedaan naar wetenschappelijke studies naar de te beoordelen behandeling.

Een positieve ervaring van één of enkele patiënten en behandelaars met een bepaalde behandeling is niet voldoende om te kunnen vertrouwen op de effectiviteit van een behandeling. De relatieve effectiviteit (effect van de nieuwe behandeling vergeleken met de standaardbehandeling) moet namelijk ook zijn aangetoond in goed opgezette wetenschappelijke studies. Voor wat betreft toepassing in de praktijk blijkt dit veelal uit (onderbouwde) richtlijnen, consensusdocumenten of zorgstandaarden.

In eerste instantie is het aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Uit het dossier is op te maken dat verweerder dit heeft beoordeeld.

Definitie lokaal gevorderd pancreascarcinoom

In de Nederlandse specialistenrichtlijn ‘Pancreascarcinoom’ van de Dutch Pancreatic Cancer Group (DPCG) luidt in hoofdstuk 5.1 ‘Indicatie voor resectie’ de definitie van lokaal gevorderd pancreascarcinoom: arteriële betrokkenheid > 90 graden of veneuze betrokkenheid > 270 graden of occlusie. In de literatuur houdt men meestal andere definities aan. De definitie van de National Comprehensive Cancer Network (NCCN, USA) luidt: arteriële betrokkenheid > 180 graden, en veneuze betrokkenheid moet niet-reconstrueerbaar zijn. Hierbij wordt aangegeven dat door de verschillen in definities de internationale literatuur lastig te extrapoleren is naar de Nederlandse setting. De T (tumor) bij lokaal gevorderd pancreascarcinoom is 1 tot maximaal 3 (<6cm). Verder zijn er geen para-aortale lymfklieren aanwezig (N is 0 of 1). Er zijn geen metastasen (M0).

Richtlijnen

Allereerst is door het Zorginstituut een search in databases verricht naar richtlijnen voor chirurgie van ‘borderline resectable’ or ‘locally advanced’ alvleesklierkanker. De reden om beide zoektermen te gebruiken, is dat deze in onderzoek nogal eens samen worden genomen. Er werden geen richtlijnen gevonden (zie verder bij Literatuursearch). Daarnaast werden de door verzoekster aangedragen richtlijnen beschouwd. Tot slot werd nog op internet gezocht met de

zoekterm ‘guideline surgery locally advanced or borderline resectable pancreatic cancer’. In totaal werden twee Nederlandse en zeven internationale richtlijnen gevonden.

Nederlandse richtlijnen (chronologische volgorde)

2019 Dit betreft allereerst de genoemde richtlijn Pancreascarcinoom van de federatie medisch specialisten (FMS). Daarbij werd gekeken naar de indicatie voor resectie van lokaal gevorderd pancreascarcinoom. Aanbevolen wordt om chemotherapie (FOLFIRINOX is het meest effectief) te geven aan patiënten met een lokaal gevorderd pancreascarcinoom, alvorens een resectie te overwegen. Bij metastasen wordt aanbevolen om geen resectie te verrichten.

Als ondersteuning van deze aanbeveling worden twee kleine (en oudere) gerandomiseerde studies vermeld, waarbij resectie van een lokaal gevorderd pancreascarcinoom werd vergeleken met palliatieve behandeling. Deze studies (Lygidakis 2004 en Doi 2008) worden ook besproken in een Cochrane meta-analyse van Gurusamy uit 2014.

Beide studies lieten zien dat zonder resectie iedereen overleden is binnen twee jaar, en met resectie vijfjaars overleving mogelijk is. De patiënten hadden op beeldvorming alleen veneuze, geen arteriële vaatbetrokkenheid. De gevorderdheid van veneuze vaatbetrokkenheid bleef onduidelijk in deze studies. De conclusie van Gurusamy was dat de kwaliteit van het bewijs, dat chirurgische resectie ten opzichte van palliatieve behandeling de overleving verbetert en de kosten verlaagt, zeer laag was. In geselecteerde patiënten zou pancreasresectie kunnen worden overwogen bij patiënten die het risico op met de operatie gepaard gaande complicaties willen accepteren, en bij voldoende aanwezige expertise. Toekomstige gerandomiseerde studies zouden volgens Gurusamy noodzakelijk zijn, om preciezer resultaten te verkrijgen, en de kwaliteit van leven na chirurgische resectie te meten ten opzichte van andere behandelingen.

In het hoofdstuk ‘Behandeling van lokaal gevorderd pancreascarcinoom’ worden de volgende aanbevelingen gedaan: Aanbeveling 1) bij WHO score 0 of 1 (actief resp. lichte beperkingen) behandel met FOLFIRINOX. 2) overweeg aanvullende resectie bij geselecteerde patiënten. Professionals vinden dat aanvullende resectie overwogen kan worden op basis van beeldvorming, CA 19-9, performance status en wens patiënt. Deze specialistenrichtlijn is ook besproken door verweerder.

2025 De Oncoguide stroomschema’s zijn een product van Integraal Kankercentrum Nederland (IKCN). De adviezen in het zorgpad pancreascarcinoom moeten nog gevalideerd worden door de DPCG. ‘Indien irresectabel of lokaal gevorderd > obstructie > stenose > endoprothese > FOLFIRINOX bij WHO score 0-1 > overweeg aanvullende resectie bij geselecteerde patiënten.’

Internationale richtlijnen (chronologische volgorde)

2021 Een expert-based richtlijn van de College of Oncology van België. Zie Hoofdstuk ‘Locally advanced unresectable non-metastatic pancreatic cancer’. FOLFIRINOX, en iedere twee maanden een CT om de respons hierop en de potentiële resectabiliteit te beoordelen. Als een tumor als resectabel wordt beoordeeld, dan kan chirurgie worden overwogen gevolgd door adjuvante systemische chemotherapie.

2022 Een richtlijn van de Korean Surgical Practice. Ten aanzien van vene resectie en conversie chirurgie bij lokaal gevorderd pancreascarcinoom geldt (zie ‘key question and recommendation’ (KQ) 4-1 resp. KQ 12 in de Guideline): ‘Strength of recommendation is conditional, Level of evidence low’. Het bewijs is dus van lage kwaliteit.

2023 Een richtlijn van de European Society for Medical Oncology (ESMO). In deze richtlijn staat een stroomschema ten aanzien van behandeling van het lokale en locoregionale pancreascarcinoom (figuur 2 in richtlijn). ‘Locally advanced > FOLFIRINOX > decrease in CA 19-

9, clinical improvement and tumour downstaging > discuss surgery at multidisciplinary tumour board'. Indien geen 'downstaging': overleg over het continueren van chemotherapie, pauzeer de chemotherapie of start met chemoradiotherapie. Deze richtlijn is ook door verzoekster aangedragen.

2023 Een standpunt ('Position paper') over conversiechirurgie voor lokaal gevorderd pancreascarcinoom van de studiegroep van de International Association of Pancreatology (IAP) en Japan Pancreas Society (JPS). 18 Historisch gezien leek deze aandoening niet resectabel. Er was overeenstemming dat de biologie van pancreaskanker (lees: biomarkers) de anatomische resectabiliteit overstijgt. Behandeluitkomsten moeten verbeterd worden door continue inspanning van ieder instituut en internationale samenwerking.

2024 Annals of Surgical Oncology (ASO, USA) Practice Guidelines. 19 Op blz. 1890 bij het kopje Surgery: Morbiditeit blijft aanzienlijk na zo'n procedure. Er is een gebrek aan standaardisatie van de (Whipple) procedure bij een adenocarcinoom van de afvoergang van de pancreas. Op blz. 1892 van de richtlijn wordt aangegeven dat een agressieve vasculaire resectie is aanbevolen, zo lang een 'margin-negative' (het snijvlak moet dan tumorvrij zijn) resectie kan worden uitgevoerd. Hoewel gebaseerd op retrospectief bewijs, zijn de één- en vijfjaars overleving gelijk in een standaard operatie en een operatie met vene resectie in een meta-analyse van 19 vergelijkende studies uit 2012 van Zhou. Het niveau van bewijs is weliswaar laag. Voor arteriële resectie zijn meer data nodig, hoewel de richtlijn van de National Comprehensive Cancer Network (NCCN) adviseert dat arteriële resectie mogelijk is bij zorgvuldige selectie. Zie ook verderop bij NCCN.

In 2024 De 'REDISCOVER guidelines' zijn nieuwe internationale aanbevelingen voor behandeling van borderline resectabel en lokaal gevorderd adenocarcinoom van de afvoergang van de pancreas opgenomen. De aanbevelingen, vastgesteld bij een consensusconferentie, wijken niet per se af van de NCCN (zie verderop) en ESMO richtlijn. Ze zijn gemaakt door een groep ervaren pancreas chirurgen mondiaal. Er is een focusverschuiving van alleen tumoranatomie naar tumorbiologie. Zo voorspelt een afname van CA 19-9 van meer dan 50% na neoadjuvante therapie een tumorreductie en overleving in pancreascarcinoom. Het algoritme in Figuur 3 van het tweede artikel van Boggi uit 2024 (Updates in Surgery) geeft aan dat resectie het meest geïndiceerd is bij een afname van de CA 19-9 waarde na neoadjuvante therapie. Wel dient de indicatie voor chirurgie en de timing van de resectie in een multidisciplinair team te zijn besproken en plaats te vinden in centra met veel expertise in deze procedure. Uiteindelijk worden 34 aanbevelingen gedaan en wordt aangegeven dat toekomstig onderzoek moet blijven plaatsvinden. Er wordt ook een advies gegeven om de termen borderline resectabel en lokaal gevorderd samen te nemen. Deze aanbevelingen zijn ook door verzoekster aangedragen.

2025 National Comprehensive Cancer Network (NCCN, USA) richtlijn versie 2. Dit betreft een update van versie 3.2024 in de aangedragen literatuur. Zie stroomschema 'PANC-6': locally advanced disease > good or intermediate performance state > no disease progression dd: > If there is radiographic stability and marked clinical improvement or decline in CA 19-9, the patient should still be referred for evaluation> consider resection if 'feasible' (redelijk). Deze aanbevelingen zijn ook door verzoekster aangedragen.

Conclusie richtlijnen

Met betrekking tot de Nederlandse en internationale richtlijnen is de conclusie dat, ondanks de lage kwaliteit van bewijs, er bij geselecteerde patiënten met een lokaal gevorderd pancreascarcinoom mogelijkheden zijn tot resectie na een kuur met een neo-adjuvante therapie, zoals FOLFIRINOX. Voorwaarden voor chirurgie zijn een WHO prestatiescore van maximaal 1, geen ziekteprogressie, radiologisch geen verslechtering en een duidelijke afname van de CA 19-9. Een veneresectie lijkt kansrijker dan een arterieresectie.

Literatuur

Op 23 december 2025 werd aan de hand van de PICO gezocht naar RCT's, systematische reviews (SR's) en richtlijnen over de chirurgische resectie van 'borderline resectable' of 'locally advanced' pancreascarcinoom.

P: borderline resectabel of lokaal gevorderd pancreascarcinoom

I: chirurgische resectie

C: conservatieve of palliatieve behandeling

O: overleving

Hiervoor werd in de databases Embase, Medline en Cochrane Central gezocht. Aangezien in de eerder genoemde Nederlandse specialistenrichtlijn de search, analyse en aanbevelingen plaatsvonden tot 2017, werden de databases vanaf 2017 tot 23 december 2025 onderzocht.

Na ontdebelling werden in genoemde databases 56 publicaties gevonden. Er werden vanaf 2017 geen richtlijnen (zie eerder) en geen RCT's gevonden die betrekking hadden op de PICO. Een aantal van de overige studies betrof weliswaar een borderline resectabel of lokaal gevorderd pancreascarcinoom. Echter, de behandeling bestond meestal uit chemotherapie of radiotherapie en niet uit resectie. Daarnaast werden vier bruikbare SR's gevonden. In deze SR's werden 21 unieke vergelijkende studies gevonden, waarvan er zes in meer dan een SR werden geanalyseerd. De verderop nog besproken positieve studie van Del Chiaro uit 2018³⁰, die door verzoekster is aangeleverd, was hier niet bij.

De algehele conclusie vanuit de gevonden SR's was dat resectie van lokaal gevorderd pancreascarcinoom na neoadjuvante therapie bij geselecteerde patiënten een verdubbeling van de overleving liet zien ten opzichte van palliatieve behandeling, gemiddeld van vijftien naar dertig maanden. Dit effect was consistent in de SR's. In de zeer recente umbrella review (2025) van Zhao wordt op basis van de gevonden resultaten resectie na neoadjuvante therapie zelfs reguliere zorg genoemd voor in aanmerking komende patiënten met lokaal gevorderd pancreascarcinoom.

Conclusie literatuur

De bevindingen vanuit de gevonden SR's en de al eerder in de Nederlandse specialistenrichtlijn Pancreascarcinoom uit 2019 aangehaalde twee kleinere RCT's ondersteunen de aanbevelingen uit de (inter)nationale richtlijnen.

Overige door verzoekster aangedragen richtlijnen en literatuur

2014 Borderline resectable pancreatic cancer. Dit is een consensus rapport van de International Study Group of Pancreatic Surgery. Dit betreft geen lokaal gevorderd pancreascarcinoom.

2019 De studie van Del Chiaro is geen RCT, maar een retrospectieve analyse van een cohort van 73 geopereerde patiënten met een borderline of lokaal gevorderd pancreascarcinoom met een chirurgisch bevestigde arteriële betrokkenheid. 34 patiënten (T4M0) ondergingen pancreatectomie (groep één) met arteriële resectie, 39 patiënten palliatieve chirurgie (groep twee). De één-, drie- en vijfjaars overleving in groep één was superieur aan groep twee (63.7%, 23.4% en 23.4% vs 41.7%, 3.2% en 0%, $p = 0.003$). Ondanks deze veelbelovende resultaten, kunnen hieruit geen goede conclusies getrokken worden vanwege de grote kans op vertekening van de resultaten door non-randomisatie, heterogeniteit en kleine groepen.

2020 Oba publiceerde een overzicht van de meerwaarde van neoadjuvante therapie (zoals FOLFIRINOX) bij de behandeling van onder meer lokaal gevorderd adenocarcinoom van de afvoergang van de pancreas. Over de meerwaarde hiervan is geen discussie in dit geschil.

Beoordeling indicatie pancreatectomie

De definitie van lokaal gevorderd pancreascarcinoom is arteriële betrokkenheid > 90 graden of veneuze betrokkenheid > 270 graden of occlusie. Bij verzoekster was hiervan sprake. Op de controle CT na vier kuren FOLFIRINOX van oktober 2024 was alleen nog sprake van veneuze betrokkenheid, niet meer van arteriële betrokkenheid; het direct contact van de tumor met de arteria mesenterica superior was afgenomen van 90 tot 180 graden op de CT van mei 2024 tot minder dan 90 graden op de CT van oktober 2024. Daarnaast was er na vier kuren FOLFIRINOX geen progressie opgetreden op de CT en de CA 19-9 was met 75% gedaald. Er was dus sprake van een goede respons. Daarnaast waren er geen metastasen. Resectie was dus een optie bij de WHO score van 1 bij verzoekster. De volgende stap was dan ook een bespreking in een multidisciplinair team in een hoog-volume ziekenhuis. Dit is telefonisch gedaan. Het is uit de ontvangen bescheiden onduidelijk waarom de Nederlandse behandelaars niet besloten tot een resectie. Verzoekster voldeed immers aan de indicatievoorwaarden voor resectie.

Conclusie

Uit de geldende (inter)nationale richtlijnen blijkt dat bij geselecteerde patiënten met een lokaal gevorderd pancreascarcinoom het uitvoeren van een pancreatectomie bewezen effectief is, na een kuur met een neo-adjuvante therapie, zoals FOLFIRINOX. Dit wordt bevestigd in de wetenschappelijke literatuur.

Op basis van de beschikbare informatie kan worden geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs aangewezen was op de pancreatectomie. Na vier kuren met FOLFIRINOX was er geen progressie opgetreden, de tumormarker CA 19-9 was fors gedaald en er waren geen metastasen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

- Een pancreatectomie vanwege een adenocarcinoom van de pancreaskop maakt onderdeel uit van het basispakket
- Verzoekster was redelijkerwijs aangewezen op een pancreatectomie vanwege een adenocarcinoom van de pancreaskop.”

- 5.2. In het definitief advies van 13 mei 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Uit het verslag komen geen feiten en of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

U verzoekt in uw brief van 9 april 2026 het Zorginstituut in te gaan op de reactie van verweerder en de overige stukken. Het Zorginstituut zal zijn antwoord, conform zijn adviestaak, beperken tot de vraag of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de zorg op grond van de basisverzekering.

Plegen te bieden

Het plegen te bieden criterium strekt tot de beoordeling of zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep behoort, en of deze beroepsgroep de zorg rekent tot zijn deskundigheidsgebied. Daarbij gaat het om het soort zorg en niet om specifieke behandelmethoden. Het gaat om een algemene aanduiding van het zorgarsenaal. Deze uitleg is door de Hoge Raad bevestigd. Bij de beoordeling of een beroepsgroep een bepaalde medische behandeling pleegt te bieden is de Nederlandse beroepsgroep bepalend, maar de internationale praktijk speelt wel een rol.

Een medische behandeling die in Nederland niet of nog niet voorhanden is, kan gelden als een behandeling die door de Nederlandse beroepsgroep pleegt te worden geboden, mits zij door die beroepsgroep wordt gerekend tot het aanvaarde arsenaal van zorg.

Voor beantwoording van de vraag of een bepaalde medische behandeling behoort tot de zorg die de Nederlandse beroepsgroep pleegt te bieden, is dus bepalend of die medische behandeling behoort tot het door deze beroepsgroep aanvaarde zorgarsenaal, ongeacht of die behandeling feitelijk in Nederland of in het buitenland wordt uitgevoerd, aldus de Hoge Raad.

Redelijkerwijs aangewezen op

Daarnaast is verweerder van mening dat verzoekster niet behoort tot de groep van geselecteerde patiënten dat in aanmerking komt voor het uitvoeren van een pancreatectomie na een kuur met een neo-adjuvante therapie, zoals FOLFIRINOX. Hierbij voert verweerder aan dat het MDO heeft geoordeeld dat resectie bij verzoekster niet mogelijk was vanwege uitgebreide vaatbetrokkenheid.

Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 26 januari 2026 toegelicht dat er, op basis van de beschikbare informatie uit het dossier, in oktober 2024 bij verzoekster alleen nog sprake was van veneuze betrokkenheid, niet meer van arteriële betrokkenheid. Ook blijkt uit de CT van oktober 2024 dat het direct contact van de tumor met de arteria mesenterica was afgenomen tot minder dan 90 graden. Nu na vier kuren met FOLFIRINOX er geen progressie was opgetreden, de tumormarker CA 19-9 fors was gedaald en er geen metastasen waren, was verzoekster dan ook redelijkerwijs aangewezen op de pancreatectomie.”

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 2.12 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, ‘plegen te bieden’, de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’, en de noodzaak van een voorafgaande verwijzing zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 en de artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) nr. 987/2009 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar Portugal gegaan om daar zorg, te weten een Whipple-operatie, te ondergaan. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, zal de commissie eerst hieraan toetsen. Uit Richtlijn 2011/24/EU (hierna: de Patiëntenrichtlijn) volgt dat in het geval dat geen keuze wordt gemaakt voor een bepaald stelsel, voorrang wordt gegeven aan toepassing van de hiervoor genoemde verordening (overweging 31). Om die reden toetst de commissie hier ambtshalve aan.
- 7.3. 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).

- 7.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar tijdig voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft afwijzend beslist, omdat de zorg volgens hem niet voldoet aan de criteria ‘plegen te bieden’ en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en verzoekster daarnaast hierop niet redelijkerwijs is aangewezen. Ook ontbreekt een geldige verwijzing naar de medisch specialist in Lissabon. De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket is beoogd. Dit betekent dat de voorwaarden met betrekking tot de criteria ‘plegen te bieden’, de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’, en het hebben van een voorafgaande verwijzing onverkort gelden. Ten aanzien van de afwijzing door zorgverzekeraar wordt als volgt overwogen.

‘Plegen te bieden’

Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de Whipple-operatie (pancreatectomie bij een adenocarcinoom van de pancreaskop) die verzoekster in Lissabon heeft ondergaan. Het Zorginstituut heeft geconcludeerd dat het hier zorg betreft zoals medisch specialisten die ‘plegen te bieden’. Na een kritische reflectie hierop door de zorgverzekeraar, heeft het Zorginstituut in het definitief advies uiteengezet dat voor beantwoording van de vraag of een bepaalde medische behandeling behoort tot de zorg die de Nederlandse beroepsgroep pleegt te bieden, bepalend is of die medische behandeling behoort tot het door deze beroepsgroep aanvaarde zorgarsenaal, ongeacht of die behandeling feitelijk in Nederland of in het buitenland wordt uitgevoerd. In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut de richtlijn Pancreascarcinoom van de federatie medisch specialisten (FMS) besproken. Daaruit volgt dat een pancreatectomie bij lokaal gevorderd pancreascarcinoom bij geselecteerde patiënten, onder voorwaarden, tot de mogelijkheden behoort. De vraag of verzoekster, op basis van geldende richtlijnen, voor de behandeling in aanmerking komt, is naar het oordeel van de commissie een vraag die moet worden beantwoord in de context van de beoordeling of verzoekster ‘redelijkerwijs is aangewezen op’ de behandeling in de zin van artikel 2.1 lid 3 Bzv. Dat de medisch specialisten niet hebben willen verwijzen omdat zij van mening waren dat opereren, conform de Nederlandse richtlijnen naar hun specialistische oordeel, niet zinvol was, brengt, anders dan de zorgverzekeraar naar voren heeft gebracht, niet mee dat geen sprake is van zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. De commissie ziet daarom geen reden af te wijken van de conclusie van het Zorginstituut dat ten aanzien van de pancreatectomie sprake is van zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

‘Stand van de wetenschap en praktijk’

- 7.5. In hoeverre een Whipple-operatie bij pancreaskopcarcinoom in algemene zin als effectief is te beschouwen, moet worden beoordeeld aan de hand van het – internationale – criterium van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. In dat verband is van belang dat uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport ‘Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023’ van 11 april 2023 kwalificeert als een dergelijke richtlijn.

- 7.6. In de hiervoor genoemde richtlijn licht het Zorginstituut toe dat het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin de beide elementen wetenschap en praktijk samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Dit betekent echter niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs (‘evidence’) ontbreekt.
- 7.7. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations)-methode. De kern van GRADE is dat het op systematische wijze gezochte en geselecteerde bewijs op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Het antwoord op de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.
- 7.8. Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever. Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:
- (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
 - (2) systematische literatuursearch;
 - (3) samenvatten van het bewijs;
 - (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
 - (5) van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.
- 7.9. Het Zorginstituut komt, na een uitvoerig beschreven onderzoek van richtlijnen en literatuur, in het voorlopig advies van 29 januari 2026 tot de conclusie dat uit de geldende (inter)nationale richtlijnen blijkt dat het uitvoeren van een pancreatectomie bewezen effectief is bij geselecteerde patiënten met een lokaal gevorderd pancreascarcinoom, nadat zij zijn behandeld met een kuur met een neo-adjuvante therapie zoals FOLFIRINOX. De commissie ziet in het door de zorgverzekeraar gestelde geen aanleiding van deze conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze dan ook over. Dit betekent dat sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.
- ‘Redelijkerwijs aangewezen op’*
- 7.10. Het criterium ‘redelijkerwijs aangewezen op’ ziet op de specifieke situatie van verzoekster. Het Zorginstituut concludeert dat verzoekster op basis van de beschikbare informatie redelijkerwijs was aangewezen op de pancreatectomie. Na vier kuren met FOLFIRINOX was er geen progressie opgetreden, de tumormarker CA 19-9 was fors gedaald en er waren geen metastasen. In oktober 2024 was bij verzoekster alleen nog sprake van veneuze betrokkenheid, niet meer van arteriële betrokkenheid. Ook blijkt uit de CT van oktober 2024 dat het direct contact van de tumor met de arteria mesenterica was afgenomen tot minder dan 90 graden. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat de beslissing van het MDO geen onderdeel van het geschil is en de medisch adviseur van het Zorginstituut het ‘primaat van de arts’ niet

respecteert. De commissie begrijpt deze stelling zo dat de zorgverzekeraar van mening is dat de artsen, betrokken bij het MDO, verzoekster niet als een geschikte kandidaat voor resectie zagen en aan het Zorginstituut niet de bevoegdheid toekomt die beslissing inhoudelijk te beoordelen. De commissie volgt de zorgverzekeraar hierin niet. Zij leest in artikel 114, derde lid, Zvw dat de adviesplicht van het Zorginstituut zich ook uitstrekt tot de vraag of de betrokken verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de zorg of andere dienst die in geding is.

- 7.11. Waar het vervolgens de inhoudelijke beoordeling aangaat merkt het Zorginstituut op: *“De volgende stap was dan ook een bespreking in een multidisciplinair team in een hoog-volume ziekenhuis. Dit is telefonisch gedaan. Het is uit de ontvangen bescheiden onduidelijk waarom de Nederlandse behandelaars niet (hebben) besloten tot een resectie. Verzoekster voldeed immers aan de indicatievoorwaarden voor resectie”*.

Naar het oordeel van de commissie gaat het hierbij om een feitelijke constatering; informatie over de besluitvorming binnen het MDO ontbreekt. Dit verbaast eens te meer nu verzoekster wél voldeed aan de voorwaarden voor resectie, zoals blijkt uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 29 januari 2026, bevestigd in het definitief advies van 13 mei 2026. De commissie kan in dit verband niet voorbijgaan aan hetgeen verzoekster heeft gesteld, te weten dat zij de facto geen mogelijkheid had tot een chirurgische beoordeling. Aldus is er geen sprake van dat de medisch adviseur van het Zorginstituut het primaat van de medisch specialisten in het MDO niet respecteert. Gegeven de bestaande onduidelijkheid omtrent de beweegredenen en inhoudelijke besluitvorming in dat overleg, kan de commissie het Zorginstituut volgen in zijn vaststelling dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de pancreatectomie. Nu onduidelijk is gebleven waarom verzoekster volgens de Nederlandse artsen niet voor een resectie in aanmerking kwam, hoewel zij volgens het Zorginstituut wel voldeed aan de toepasselijke indicatievoorwaarden moet worden aangenomen dat verzoekster redelijkerwijs op de zorg in Lissabon was aangewezen. Dat het Zorginstituut daarover in dit stadium nog nadere vragen aan de Nederlandse behandelaars over het telefonisch overleg had moeten stellen, ziet de commissie niet in.

De door de zorgverzekeraar gestelde vrees voor precedentwerking, kan in deze individuele beoordeling door de commissie niet tot een andere uitkomst leiden.

Verwijzing

- 7.12. De zorgverzekeraar heeft verder aangevoerd dat verzoekster niet beschikt over een voorafgaande verwijzing. De verwijzing door de huisarts dateert van na de operatie in Lissabon. De commissie overweegt dat op grond van artikel 2.7.1a van de voorwaarden van de zorgverzekering een verwijzing voor medisch specialistische zorg vereist is. Dit strookt met het bepaalde in artikel 14, tweede lid, Zvw. In eerdere zaken heeft de commissie geoordeeld dat het hebben van een voorafgaande verwijzing geen administratieve formaliteit is en dat het ontbreken ervan in beginsel tot gevolg heeft dat de kosten van tweedelijnszorg niet voor vergoeding in aanmerking komen. In dit geval overweegt de commissie als volgt. Verzoekster heeft gemotiveerd uiteengezet dat zij een voorafgaande verwijzing heeft geprobeerd te verkrijgen, maar dat haar oncoloog deze niet wilde verstrekken. Blijkens zijn verklaring van 17 december 2024 heeft de oncoloog geen verwijzing verstrekt omdat hij dat nooit doet en ook nooit heeft gedaan voor behandelingen in het buitenland. Met de chirurgen – die ook mochten verwijzen – heeft verzoekster geen contact gekregen, hoewel zij onweersproken heeft gesteld daartoe pogingen te hebben ondernomen. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat de medisch specialisten niet wilden verwijzen omdat er geen indicatie was. De commissie overweegt dat, nu hiervoor is geoordeeld dat sprake was van een indicatie voor resectie en verzoekster aannemelijk heeft gemaakt dat zij desondanks in de feitelijke onmogelijkheid verkeerde een voorafgaande verwijzing te krijgen van haar behandelend specialisten, het verzoekster onder deze omstandigheden in dit specifieke geval in redelijkheid niet kan worden tegengeworpen dat zij geen voorafgaande verwijzing had.

- 7.13. Verzoekster heeft, als gezegd, voorafgaand aan de behandeling in Portugal toestemming gevraagd aan de zorgverzekeraar. Deze heeft, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, de toestemming ten onrechte geweigerd. Dit betekent dat verzoekster op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering in Portugal.
- 7.14. Nu de zorgverzekeraar zijn toestemming voor de planbare zorg in Portugal ten onrechte heeft geweigerd, moet hij – gelet op artikel 26 in samenhang met artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009 – overgaan tot het doen van een tarifieringsverzoek. Dit betekent dat de zorgverzekeraar moet nagaan welk bedrag volgens de Portugese sociale ziektekostenverzekering zou worden vergoed voor onderhavige zorg. Als na tarifiering blijkt dat de vergoeding op grond van de Portugese sociale ziektekostenverzekering lager is dan de werkelijke kosten bestaat – gelet op artikel 26, zevende lid, van Verordening (EG) nr. 987/2009 – mogelijk aanspraak op een aanvullende vergoeding op grond van de zorgverzekering. Het te vergoeden bedrag kan echter nooit hoger zijn dan de werkelijk gemaakte kosten. Daarnaast moet bij de vaststelling van een eventuele aanvullende vergoeding op grond van de zorgverzekering rekening worden gehouden met kosten die volgens de verzekeringsvoorwaarden voor eigen rekening blijven. Daarbij valt te denken aan eigen bijdragen en het eigen risico, maar ook aan de door de zorgverzekeraar genoemde, niet-verzekerde kosten zoals de ‘Diaria de acompanhante’ (dagvergoeding begeleider) en de verblijfskosten van de echtgenoot van verzoekster. Voor zover het verzekerde kosten betreft geldt dat gebruik is gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en dat daarom aanspraak bestaat op vergoeding op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, met inachtneming van de in Nederland toepasselijke DBC-systematiek voor medisch specialistische zorg.
- 7.15. Gelet op de uitkomst ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het betaalde klachtgeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

- 7.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de zorgverzekeraar moet nagaan welk bedrag volgens de Portugese sociale ziektekostenverzekering zou zijn vergoed voor de onderhavige zorg (tarifieren) en het desbetreffende bedrag aan verzoekster vergoeden;
- (ii) als de uitkomst van de tarifiering lager is dan de werkelijke kosten, de vergoeding door de zorgverzekeraar op basis van de zorgverzekering, met inachtneming van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, moet worden aangevuld tot het Nederlandse tarief voor de onderhavige zorg;
- (iii) de zorgverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 7 juli 2026,

B.L.A. van Drunen

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

1.2.5 Wachtlijstbemiddeling

Per zorgaanbieder zijn er soms grote verschillen in de wachttijden voor zorg. Als u te maken krijgt met een lange wachttijd gaat De Friesland, als u dat wilt, voor u op zoek naar een andere zorgaanbieder waar u sneller geholpen kunt worden. Dit kan in uw regio zijn, maar ook daarbuiten. Wilt u van deze service gebruikmaken, dan kunt u contact opnemen met de wachtlijstcoördinator van De Friesland. Dit kan via onze website of telefonisch via telefoonnummer (058) 291 33 00.

1.3 Klachtafhandeling

De Friesland besteedt veel tijd en aandacht aan het afhandelen van klachten. Een klacht zien wij als een mogelijkheid om onze informatievoorziening en dienstverlening verder te verbeteren. U kunt uw klacht per brief, telefonisch of via onze website indienen. Na ontvangst van uw klacht ontvangt u van ons een ontvangstbevestiging. In de bevestiging staat wanneer u antwoord kunt verwachten. Wilt u meer weten? Verderop in deze verzekeringsvoorwaarden gaan wij nader in op de klachtafhandeling. Ook kunt u meer informatie vinden op onze website.

1.4 Verwerking van uw aanmelding

De administratieve verwerking van uw aanmelding vindt binnen vijf werkdagen plaats. Voorwaarde is wel dat De Friesland over de juiste informatie en documenten beschikt die voor inschrijving nodig zijn.

1.5 Voorafgaande toestemming

Niet iedere behandeling wordt automatisch vergoed. Soms heeft u eerst voorafgaande toestemming van De Friesland nodig. Dit geldt voor sommige behandelingen, geneesmiddelen of aanschaf van bepaalde hulpmiddelen. Als dit het geval is, is dit in hoofdstuk 3. [Inhoud van de verzekering](#) bij het betreffende artikel vermeld. De Friesland probeert uw aanvraag altijd binnen vijf werkdagen af te handelen. Bij onvoldoende informatie kan deze termijn oplopen tot tien werkdagen. Voor een snelle afhandeling hebben wij bij uw aanvraag daarom in ieder geval de volgende informatie nodig:

- a. uw naam, geboortedatum, adres, woonplaats en verzekerdennummer;
- b. de aandoening die behandeld wordt;
- c. de aard van de behandeling of voorziening;
- d. de duur van de behandeling;
- e. de naam en functie van de behandelaar en/of aanvrager.

Uw behandelend arts kan uw aanvraag voor u invullen.

1.6 Mijn De Friesland

U kunt als verzekeringnemer o.a. uw declaraties inzien en polisgegevens raadplegen en wijzigen in Mijn De Friesland, via een per DigiD beveiligde online verbinding. Meer informatie over Mijn De Friesland vindt u op onze website.

1.7 Digitale communicatie

Heeft u, als verzekeringnemer of verzekerde, ons uitdrukkelijk toestemming verleend voor het digitaal toesturen van de polis en van mededelingen en andere communicatie-uitingen? Dan verloopt alle communicatie tussen u en De Friesland online, voor zover wet- en regelgeving hieraan niet in de weg staan.

2.7 Dekking

2.7.1 Omvang van de dekking

- a. Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden de toestemming van De Friesland, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat u van de desbetreffende zorg gebruikmaakt.
- b. Recht op zorg of diensten, of recht op vergoeding van de kosten daarvan, bestaat alleen als u naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. De Friesland kan u echter toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Deze toestemming moet De Friesland u dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.
- c. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en (bij het ontbreken van een zodanige maatstaf) door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- d. U heeft recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
- e. De vraag of u behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- f. U heeft geen recht op zorg of diensten die kunnen worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

3.11 Medisch specialistische zorg algemeen

In de volgende artikelen van dit hoofdstuk zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt:

- artikel [3.1](#): audiologische zorg;
- artikel [3.2](#): bariatrische chirurgie (bij obesitas);
- artikel [3.3](#): beademing;
- artikel [3.4](#): dialyse;
- artikel [3.5](#): erfelijkheidsonderzoek;
- artikel [3.7](#): psychiatrische ziekenhuisopname (GGZ);
- artikel [3.10](#): IVF/ICSI;
- artikel [3.13](#): oncologieonderzoek bij kinderen;
- artikel [3.15](#): plastische chirurgie;
- artikel [3.16](#): revalidatie;
- artikel [3.17](#): transplantaties van weefsels en organen;
- artikel [3.18](#): trombosezorg;
- artikel [3.19](#): verblijf;
- artikel [3.20.2](#): bevalling en verloskundige zorg.

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde die niet medisch noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld behandelingen uit culturele of religieuze overwegingen;
- e. vruchtbaarheidsgelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- f. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist of sportarts werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Wij vergoeden geen behandelingen in een privékliniek.

Voor een sportarts geldt dat deze ook werkzaam mag zijn in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI).

Een medisch specialist is een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een sportarts is een arts die met het specialisme Sportgeneeskunde is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, jeugdarts, arts-assistent, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste tien dagen na de bevalling), kaakchirurg, tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, SEH-arts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), klinisch fysicus audioloog (alleen voor KNO-arts), klinisch technoloog, optometrist (bij oogzorg), orthoptist (bij oogzorg), GGD-arts (bij TBC of SOA), verpleegkundig specialist of physician assistant.

Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM, wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hielprikscreening bij een pasgeborene.

Woont u in een verpleeghuis en heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts die in uw verpleeghuis werkt u doorverwijzen.

Voor een second opinion door een medisch specialist heeft u een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist.

Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Toestemming vooraf

Ondergaat u een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van uw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming van ons nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie', dat op onze website staat.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Let op!

Voor zelfstandige behandelcentrums (ZBC's) gaan wij uit van de ZBC-tarievenlijst. De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en ZBC's staan ook op onze website of kunt u bij ons opvragen. Wanneer een extramuraal werkend specialist geen contract met ons heeft, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde ZBC's.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

Second Opinion

U heeft recht op een second opinion voor diagnostiek en behandeling die onder de dekking van deze verzekering vallen. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. U moet vervolgens met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, die de regie over de behandeling houdt. U krijgt een second opinion niet vergoed als deze gericht is op en gevolgd wordt door een behandeling die niet onder de dekking van deze verzekering valt.

2.7.2 Naturaverzekering

De Alles Verzorgd Polis en Zelf Bewust Polis gaan uit van aanspraak op zorg (in natura). Zorg in natura betekent dat u recht heeft op zorg.

2.7.3 Gecontracteerde zorgaanbieders

Tip

Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij '[Zorgzoeker](#)' of neem telefonisch contact met ons op.

Voor enkele gecontracteerde zorgaanbieders geldt een omzetplafond. Dit betekent dat wij met deze zorgverleners een maximumbedrag hebben afgesproken dat in een kalenderjaar gedeclareerd mag worden. Als dit maximumbedrag is bereikt en de zorg nog niet is gestart, kan het voorkomen dat u niet meteen bij de gecontracteerde zorgaanbieder van uw keuze terecht kunt. In dat geval kunt u ervoor kiezen om op de wachtlijst van de betreffende zorgaanbieder te worden geplaatst. Wilt u meteen worden geholpen, dan kunt u contact opnemen met onze wachtlijstbemiddeling (zie artikel [1.2.5 Wachtlijstbemiddeling](#)). Samen met u zoeken wij dan naar een passende oplossing. Via de [Zorgzoeker](#) op onze website kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.

De Friesland maakt afspraken met zorgaanbieders over prijs, kwaliteit, toegankelijkheid en toegangstijden en de rekening gaat rechtstreeks naar De Friesland. Als u gebruikmaakt van de zorg of diensten van een gecontracteerde zorgaanbieder, dan betaalt De Friesland 100% van de kosten. Er kan voor sommige vormen van zorg wel een eigen risico en/of een eigen bijdrage gelden.

2.7.4 Niet-gecontracteerde zorgaanbieders

U kunt ook kiezen voor zorgaanbieders waarmee De Friesland geen overeenkomst heeft gesloten. In hoofdstuk [3. Inhoud van de verzekering](#) is bij de verschillende vormen van zorg vermeld op welke vergoeding u in dat geval recht heeft.

Let op!

Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, loopt u het risico dat u de kosten niet volledig vergoed krijgt. Ook kan het dan gebeuren dat u de rekening eerst zelf moet betalen. Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in deze verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

2.7.5 Bemiddeling als zorg niet tijdig beschikbaar is

Als de benodigde zorg in natura naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd dan heeft u recht op de zorgbemiddeling van De Friesland. Maatstaf voor het begrip 'tijdig' zijn de zogenaamde Treeknormen (notitie Streefnormstelling wachttijden). U vindt deze ook op onze website. Als u in het kader van wachtlijstbemiddeling toestemming ontvangt om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, worden de kosten van de zorg na het indienen van de nota vergoed.

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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming heeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

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. (...)*”

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
 2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
 3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.
 4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.
 5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.
- Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.
6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
 7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.
 8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.
 9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.
 10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

Artikel 26

Geplande geneeskundige verzorging

A) Toestemmingsprocedure

1. Voor de toepassing van artikel 20, lid 1, van de basisverordening wordt door de verzekerde een door het bevoegde orgaan verstrekt document aan het orgaan van de verblijfplaats overgelegd. Voor de toepassing van dit artikel wordt onder bevoegd orgaan verstaan het orgaan dat de kosten van de geplande behandeling voor zijn rekening neemt; in de in artikel 20, lid 4, en artikel 27, lid 5, van de basisverordening bedoelde gevallen, waarin de in de lidstaat van de woonplaats toegekende verstrekkingen op basis van vaste bedragen worden vergoed, is het bevoegde orgaan het orgaan van de woonplaats.
2. De verzekerde die niet in de bevoegde lidstaat woont verzoekt om de toestemming aan het orgaan van de woonplaats, dat het verzoek onverwijld aan het bevoegde orgaan doorzendt. In dat geval geeft het orgaan van de woonplaats in een verklaring aan dat in de lidstaat van de woonplaats is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening. De gevraagde toestemming kan door het bevoegde orgaan alleen geweigerd worden indien, in overeenstemming met het oordeel van het orgaan van de woonplaats, in de lidstaat van de woonplaats van de verzekerde niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening, of indien dezelfde behandeling binnen een medisch verantwoorde termijn, gelet op de gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop van de betrokkene, in de bevoegde lidstaat zelf kan worden gegeven. Het bevoegde orgaan stelt het orgaan van de woonplaats in kennis van zijn besluit. Is binnen de in de nationale wetgeving vastgestelde termijnen geen antwoord ontvangen, dan wordt de toestemming geacht door het bevoegde orgaan te zijn verleend.
3. Indien een niet in de bevoegde lidstaat woonachtige verzekerde een dringende levensreddende behandeling nodig heeft en de toestemming niet kan worden geweigerd op grond van de tweede zin van artikel 20, lid 2, van de basisverordening, wordt de toestemming door het orgaan van de woonplaats verleend namens het bevoegde orgaan, dat onverwijld door het orgaan van de woonplaats wordt ingelicht. Het bevoegde orgaan aanvaardt de bevindingen en behandelingskeuzen van artsen die zijn erkend door het orgaan van de woonplaats dat toestemming verleent met betrekking tot de noodzaak van een dringende levensreddende behandeling.
4. Tijdens de procedure voor het verlenen van de toestemming behoudt het bevoegde orgaan steeds de mogelijkheid de verzekerde door een door het orgaan gekozen arts in de lidstaat van de woon- of verblijfplaats te laten onderzoeken.
5. Het orgaan van de verblijfplaats stelt, onverminderd enige beslissing inzake de toestemming, het bevoegde orgaan in voorkomend geval ervan in kennis dat een aanvulling op de door de toestemming gedekte behandeling uit medisch oogpunt nodig blijkt.

B) Rechtstreekse betaling van de door de verzekerde gemaakte kosten in verband met verstrekkingen

6. Onverminderd lid 7, is artikel 25, leden 4 en 5, van de toepassingsverordening van overeenkomstige toepassing.
7. Indien de verzekerde de kosten voor een medische behandeling waarvoor toestemming is verleend geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald en de kosten die het bevoegde orgaan op grond van lid 6 verplicht is aan het orgaan van de verblijfplaats of aan de verzekerde zelf te vergoeden (werkelijke kostprijs) lager zijn dan de kosten die het voor dezelfde behandeling in de bevoegde lidstaat zou hebben moeten dragen (fictieve kostprijs), dan vergoedt het bevoegde orgaan op verzoek de door de verzekerde gemaakte kosten van de behandeling tot het bedrag waarmee de fictieve kostprijs de werkelijke kostprijs overstijgt. Het vergoede bedrag mag evenwel niet hoger zijn dan de werkelijke kosten van de verzekerde, waarbij ook rekening kan worden gehouden met het bedrag dat de verzekerde zou hebben moeten betalen indien de behandeling in de bevoegde lidstaat had plaatsgevonden.

C) Reis- en verblijfkosten in het kader van een geplande behandeling

8. Indien toestemming is verleend voor een behandeling in een andere lidstaat, en de nationale wetgeving van het bevoegde orgaan voorziet in de vergoeding van de aan de behandeling verbonden reis- en verblijfkosten van de verzekerde, worden deze kosten voor de betrokkene en zo nodig voor een begeleider door dat orgaan betaald.

D) Gezinsleden

9. De leden 1 tot en met 8 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerden.