

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202501015

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 21 januari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 januari 2026 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 brief van 26 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 maart 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 29 april 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026006692) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 30 april 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 25 mei 2026 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 26 mei 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juni 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. Op 3 juni 2026 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 4 juni 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 9 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 11 juni 2026 aan verzoekster gezonden.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 11 juni 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 29 april 2026 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie een vraag gesteld. Bij brief van 18 juni 2026 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 19 juni 2026 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering BasisExtra KLM (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een diagnostische en therapeutische hysteroscopie, uit te voeren in Leuven, België. Bij e-mailbericht van 11 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster om aanvullende informatie gevraagd. Op 16 december 2024 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 31 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Na een telefoongesprek tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 9 januari 2025 aan verzoekster meegedeeld dat haar aanvraag opnieuw in behandeling wordt genomen. In dat kader heeft hij aanvullende informatie bij verzoekster opgevraagd.
Op 15 februari 2025 heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar een brief gestuurd, waarin zij hem om heroverweging van zijn afwijzende beslissing heeft gevraagd.
- 2.5. Bij brieven van 17 februari 2025 en 10 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.6. Bij brief van 29 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 18 juni 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 ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Leuven uitgevoerde diagnostische en therapeutische hysteroscopie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij brief van 21 januari 2026 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing ten onrechte baseert op het standpunt dat de betreffende zorg niet doelmatig zou zijn binnen het kader van een fertiliteitstraject. Echter, dit beoordelingskader is hier niet van toepassing. Zowel de diagnostische als de therapeutische hysteroscopie is verricht in verband met het syndroom van Asherman, een verworven intra-uteriene aandoening, en niet in het kader van subfertiliteit of een fertiliteitsbehandeling.
- 3.3. Het syndroom van Asherman is bij verzoekster ontstaan na een curettage, wegens placentarest na een miskraam, uitgevoerd in 2024. Na deze ingreep werd echografisch restweefsel vermoed. Ook ontwikkelde verzoekster persisterende klachten van hevige buikpijn en een gestoorde menstruatiecyclus. Een eerste hysteroscopie in Nederland toonde adhesies passend bij het syndroom van Asherman, welke slechts gedeeltelijk en oppervlakkig werden verwijderd. Omdat de klachten van hevige buikpijn en een gestoorde menstruatiecyclus aanhielden en het vermoeden op het syndroom van Asherman was gesteld, is in overleg met de Nederlandse behandelend gynaecoloog een second opinion aangevraagd in een gespecialiseerd centrum in Leuven.

- 3.4. De in Leuven verrichte diagnostische en therapeutische hysteroscopie waren medisch noodzakelijk en conform algemeen aanvaarde (Nederlandse) professionele standaarden en richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van het syndroom van Asherman. Deze zorg valt derhalve binnen het basispakket zoals bedoeld in de artikelen 10 en 11 van de Zorgverzekeringswet en voldoet aan de criteria van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, noodzakelijkheid, en doelmatigheid. Voor grensoverschrijdende zorg is, conform Europese regelgeving (waaronder Richtlijn 2011/24/EU), vereist dat de verzekerde in de bevoegde lidstaat aanspraak heeft op de betreffende zorg en dat is hier het geval.
- 3.5. Naar aanleiding van de afwijzing heeft de Nederlandse behandelend gynaecoloog een tijdlijn opgesteld waarin de verdenking en diagnose van het syndroom van Asherman helder zijn weergegeven. Deze documentatie is aan de ziektekostenverzekeraar voorgelegd. Niettemin blijft de ziektekostenverzekeraar zich baseren op richtlijnen voor subfertiliteit, terwijl de diagnose syndroom van Asherman reeds op 5 mei 2024 is gesteld en het onderhavige zorgtraject derhalve losstaat van de fertiliteitsbehandeling.
- 3.6. Op 3 juni 2026 heeft verzoekster herhaald dat de indicatie voor de diagnostische hysteroscopie in Leuven een vermoeden op het syndroom van Asherman was. Op een van de documenten van de kliniek in Leuven is echter abusievelijk secundaire subfertiliteit als indicatie vermeld. De kliniek in Leuven heeft bevestigd dat dit een administratieve fout betreft. In het patiëntendossier staat de juiste indicatie vermeld, namelijk verdenking syndroom van Asherman. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster een document van de kliniek in Leuven overgelegd. In dit document staat ook de data waarop de ingrepen hebben plaatsgevonden genoemd.
- 3.7. Ter zitting heeft verzoekster desgevraagd verklaard dat de diagnostische hysteroscopie is uitgevoerd op 26 september 2024 en dat de therapeutische hysteroscopie is uitgevoerd op 18 november 2024. De eerste aanvraag is van 16 december 2024 en deze is afgewezen op 31 december 2024. Op 22 november 2024 is voor het eerst gedeclareerd en er is al in september 2024 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar over de zorg in België. Er is ook telefonisch gesproken over een second opinion. Daarna is de verwijzing in orde gemaakt. De zwangerschap begin 2024 is uitgelopen op een miskraam. Daarna ontstonden verschillende klachten die kunnen passen bij achtergebleven placentaresten. In het ziekenhuis in Zwolle is een diagnostische hysteroscopie uitgevoerd en daaruit bleek dat sprake was van verklevingen. Dit wees op het syndroom van Asherman. Verdere behandeling in het ziekenhuis in Zwolle was niet mogelijk, omdat de expertise daar miste. In het expertisecentrum Spaarne was een lange wachttijd. Uiteindelijk is gekozen voor het gespecialiseerde centrum in Leuven. Na contact met de ziektekostenverzekeraar bleek behandeling mogelijk. Dit had wel tot gevolg dat een deel van de kosten voor eigen rekening zouden komen. De behandeling in Leuven is doorgezet. Het eerste consult was op afstand. Dit consult was bedoeld om de klachten toe te lichten. Er werd geen onderzoek gedaan. Op basis van de beschreven klachten en de voorgeschiedenis wilde de Belgische arts opnieuw een diagnostische hysteroscopie doen. Dit is de gouden standaard om vast te stellen of sprake is van het syndroom van Asherman. De diagnostische hysteroscopie is uitgevoerd in België.
Op het formulier is ten onrechte secundaire subfertiliteit genoemd. Dit is een administratieve fout geweest. De hysteroscopie is uitgevoerd vanwege aanhoudende klachten na een miskraam. Dit blijkt ook uit de informatie van de kliniek in Leuven die op 25 mei 2026 is overgelegd. De verklevingen verklaren de klachten en konden worden verwijderd met de therapeutische hysteroscopie. Dit is de behandeling die wordt uitgevoerd als sprake is van het syndroom van Asherman en de patiënt een actieve kinderwens heeft.
De ziektekostenverzekeraar wijst de aanvraag steeds af op grond van een richtlijn die niet van toepassing is. Voor het syndroom van Asherman zijn er geen richtlijnen. Uit het overzichtsartikel van de NTOG blijkt wel dat een hysteroscopie de gouden standaard is om het syndroom van

Asherman aan te tonen. Bij verzoekster was er een dubbele indicatie om te behandelen, namelijk de mate van de klachten en de actieve kinderwens. In het Spaarne zou de behandeling op dezelfde manier zijn uitgevoerd.

De ziektekostenverzekeraar suggereert dat het syndroom van Asherman alleen bij toeval kan worden vastgesteld en dat er geen diagnostiek voor kan worden gebruikt. Een patiënt heeft geen invloed op de keuze die de arts maakt op een formulier. De ziektekostenverzekeraar benadrukt steeds het woord subfertiliteit, maar feit blijft dat verzoekster werd behandeld vanwege de gevolgen van de miskraam. Fertiliteitsproblemen zijn niet de reden geweest om zich tot een gynaecoloog te wenden. Het ging om nacontroles vanwege placentaresten. Dit ging over in nadere diagnostiek vanwege klachten. De aanvraag moet worden beoordeeld aan de hand van het syndroom van Asherman.

Verder is in een telefoongesprek toegezegd dat de behandeling in België kon worden uitgevoerd. Er is gezegd dat dit de eigen keuze was en dat dit gevolgen kon hebben voor de hoogte van de vergoeding. Dit kan helaas niet worden aangetoond. Er is wel een melding gemaakt van een telefoongesprek.

- 3.8. Bij bericht van 3 juni 2026 heeft verzoekster aangevoerd dat de conclusie van het Zorginstituut dat een diagnostische en therapeutische hysteroscopie bij het syndroom van Asherman niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, mede omdat er geen Nederlandse richtlijn specifiek over dit syndroom bestaat onvolledig is. In het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie, waarvan een kopie is overgelegd, zijn meerdere artikelen zijn opgenomen over het syndroom van Asherman. Deze artikelen beschrijven onder andere diagnostische hysteroscopie als de gouden standaard voor het diagnosticeren van dit ziektebeeld onderbouwd op basis van internationale literatuur. Bij gebrek aan een formele Nederlandse richtlijn worden deze overzichtsartikelen binnen de gynaecologie in Nederland gehanteerd als leidraad voor de behandeling van patiënten met het syndroom van Asherman.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de in België genoten zorg, omdat zowel een diagnostische als een operatieve hysteroscopie in het onderhavige geval niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De stelling dat de behandelingen hebben plaatsgevonden vanwege het syndroom van Asherman maakt dit niet anders.
- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 26 maart 2026 toegelicht dat de zorgverzekering in artikel B.4.3. van de voorwaarden de mogelijkheid biedt tot vergoeding van medisch-specialistische zorg. Voor niet-gecontracteerde zorg, zoals hier aan de orde, geldt daarbij een vergoeding van 70%. In artikel A.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat sprake moet zijn van zorg zoals de betreffende beroepsgroep die volgens geldende zorgstandaarden pleegt te bieden, waarvan de inhoud en omvang voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, waarop iemand op grond van een medische indicatie naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, en die doelmatig is, dat wil zeggen niet onnodig duur of onnodig uitgebreid. Indien aan deze voorwaarden is voldaan, is sprake van verzekerde zorg. Dit is iets wezenlijk anders dan het bestaan van een medische of behandelindicatie.
- 4.3. Ten aanzien van de diagnostische hysteroscopie geldt dat hiervoor, op grond van de geldende richtlijnen, in het geval van verzoekster geen indicatie bestaat. Dit geldt eveneens voor vervolgonderzoeken zoals een MRI. De ESHRE guideline infertility vermeldt op pagina 43 expliciet: *“If ultrasound assessment of the uterine cavity is normal, no further evaluation is needed.”* Dit betreft een sterke aanbeveling. In de situatie van verzoekster is bij echografisch onderzoek geen afwijking van deuterusholte vastgesteld, zodat volgens deze richtlijn geen aanvullend

diagnostisch onderzoek is aangewezen. De Nederlandse richtlijn onverklaarde subfertiliteit (Kamath et al., 2019) ondersteunt dit standpunt: *“We zijn onzeker over het effect van hysteroscopie tijdens het oriënterend fertiliteitsonderzoek op de kans op zwangerschap bij onverklaarde subfertiliteit.”*. Gelet hierop is een diagnostische hysteroscopie – evenals vervolgonderzoeken zoals MRI – niet geïndiceerd en voldoet deze niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

- 4.4. Wat betreft de operatieve hysteroscopie heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat tegen het verrichten hiervan inhoudelijke bezwaren bestaan. Hij heeft in dit verband gewezen op de ESHRE guideline recurrent pregnancy loss (<https://www.eshre.eu/Guidelines-andLegal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>) waarin het volgende is bepaald:

- *“Surgical removal of intramural fibroids is not recommended in women with RPL.”* (p.127):
- *“There is insufficient evidence to recommend removing fibroids that distort the uterine cavity.”* (p.127)
- *“There is insufficient evidence supporting hysteroscopic removal of submucosal fibroids or endometrial polyps in women with RPL.”* (p.127)

In dezelfde richtlijn wordt bovendien expliciet de vraag opgeworpen: *“In women with mild intrauterine adhesions and otherwise unexplained infertility, does removal increase live birth rates?”* Het feit dat deze vraag onbeantwoord blijft, onderstreept dat er geen overtuigend bewijs bestaat dat het verwijderen van milde intra-uteriene adhesies leidt tot een hogere kans op zwangerschap of een levendgeboren kind.

- 4.5. In ‘Intrauterine adhesions: Treatment and prevention’ (Asherman) wordt geconcludeerd dat de beschikbare data over de behandeling van intra-uteriene adhesies bij infertiliteit inconsistent zijn. In een systematische review van 28 studies worden weliswaar zwangerschapspercentages van 40–80% en levendgeboren-kindpercentages van 30–70% genoemd, maar:

- deze gegevens zijn afkomstig uit kleine observationele studies;
- de studieopzet en resultaten zijn heterogeen;
- er ontbreekt hoogwaardig wetenschappelijk bewijs.

Er wordt verder gesteld dat nadere, goed opgezette studies noodzakelijk zijn om een effect van behandeling aannemelijk te maken. Op dit moment bestaat derhalve geen bewijs uit goed opgezet wetenschappelijk onderzoek dat het verwijderen van intra-uteriene adhesies de kans op zwangerschap of een levend geboren kind vergroot. Een gerichte search in PubMed naar de relatie tussen intra-uteriene adhesies en zwangerschapsuitkomsten levert slechts één relevant gerandomiseerd onderzoek op, namelijk: Ben Abid et al., 2021, Office hysteroscopy before first IVF. De conclusie van deze studie luidt: *“Office hysteroscopy before first IVF does not seem to improve IVF results. Minimal intra-uterine anomalies not diagnosed by transvaginal ultrasound and hysterosalpingography do not seem to reduce IVF results.”*

- 4.6. Ten aanzien van de toetsing aan het syndroom van Asherman geldt het volgende. In Intrauterine adhesions: Clinical manifestation and diagnosis wordt het syndroom van Asherman als volgt omschreven: *“IUAs, or intrauterine synechiae, is a condition in which scar tissue develops within the uterine cavity. IUAs that are accompanied by symptoms (eg, infertility, amenorrhea) are referred to as Asherman syndrome.”* Hieruit volgt dat het syndroom van Asherman ziet op de combinatie van intra-uteriene adhesies én klachten. In het geval van verzoekster zijn de klachten beoordeeld in het kader van infertiliteit. In dezelfde bron wordt voorts opgemerkt: *“The true prevalence of IUAs is difficult to establish, in part because the condition is uncommon in the general population, often asymptomatic.”* Asherman is dus vaak asymptomatisch en behoeft dan ook geen behandeling. Het zijn specifieke klachten die behandeling wel/niet vereisen. Bij verzoekster is de indicatie beoordeeld in het kader van infertiliteit. Dat is ook wat de aanvragend medisch specialist van LEC beschrijft in de aanvraag. Een paar maanden eerder was er sprake van bloedverlies, maar dat moet worden gezien in het kader van de beëindiging van de zwangerschap

(en is normaal). Tijdens het traject in België wordt er nergens anders over gesproken dan over fertiliteitsproblemen.

- 4.7. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op een bindend advies van de commissie van 19 december 2025 (SKGZ202500772) en gesteld dat er geen bewijs is dat een hysteroscopische behandeling van adenomyose effect heeft op zwangerschapsuitkomsten. Een hysteroscopie, zowel een diagnostische als een therapeutische, voldoet in de situatie van verzoekster niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

- 4.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd verklaard dat hij op 16 december 2024 voor het eerst een volledige aanvraag heeft ontvangen. Deze is afgewezen op 31 december 2024. In de voorwaarden van de zorgverzekering is onder meer opgenomen dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook moet er sprake zijn van een juiste indicatie en moet de zorg voldoende effectief zijn. Het kan zijn dat een verzekerde medisch gezien is aangewezen op bepaalde zorg, naar dit betekent niet automatisch dat de zorgvraag ook voor vergoeding in aanmerking komt. Zowel in de verwijzing van de huisarts als het verslag van de arts in Leuven is subfertiliteit genoemd als reden voor doorverwijzing. Dat is ook de reden dat steeds worden verwezen naar de richtlijnen over fertiliteit.

De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat de diagnostische hysteroscopie niet voldoet aan de richtlijnen en de EHRSE. De ESHRE guideline infertility vermeldt expliciet: *“If ultrasound assessment of the uterine cavity is normal, no further evaluation is needed”*. Ook de Nederlandse richtlijn onverklaarde subfertiliteit ondersteunt dit standpunt: *“We zijn onzeker over het effect van hysteroscopie tijdens het oriënterend fertiliteitsonderzoek op de kans op zwangerschap bij onverklaarde subfertiliteit”*. Dit geldt eveneens voor de therapeutische hysteroscopie. Dat het volgens verzoekster zou gaan om het syndroom van Asherman en niet perse om subfertiliteit, maakt voor de beoordeling niet uit. Uit de stukken blijkt dat de zorg is aangevraagd vanwege subfertiliteit. Er wordt gesproken over een administratieve fout, maar de verwijzing is daar duidelijk over. Voor het syndroom van Asherman is geen specifieke richtlijn beschikbaar. Bij het syndroom van Asherman gaat het meestal niet om de behandeling van het syndroom zelf, maar om de klachten die daaruit voortvloeien. Het behandelen daarvan met een diagnostische en therapeutische hysteroscopie voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De zorgverzekering biedt dekking voor een second opinion, maar het is de vraag of die second opinion een diagnostische hysteroscopie inhoudt. Daarbij komt dat een hysteroscopie in deze situatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat zal dus ook gelden voor een second opinion.

Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de zorg wel zou worden vergoed in Nederland, geldt dat dit er op zou kunnen wijzen dat er zorg is gedeclareerd door een gecontracteerde zorgaanbieder die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hierover kan de ziektekostenverzekeraar echter geen duidelijkheid geven. Dat betekent namelijk dat hij zou speculeren over wat er is afgesproken met het ziekenhuis over wat kan worden gedeclareerd en over de inhoud van de overkoepelende DBC-zorgproductcode. In het geval van verzoekster gaat het om een duidelijke aanvraag voor een diagnostische en therapeutische hysteroscopie bij subfertiliteit of het syndroom van Asherman en dat is beoordeeld. Een dergelijke beoordeling heeft de ziektekostenverzekeraar niet uitgevoerd voor de zorg in Zwolle. Dat gaat via het gecontracteerde ziekenhuis.

- 4.9. In zijn brief van 9 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat dat een diagnostische en therapeutische hysteroscopie bij intra-uteriene adhesies/het syndroom van Asherman, gericht op verbetering van zwangerschapsuitkomsten, geen onderdeel uitmaakt van het basispakket en niet voor vergoeding in aanmerking komt, handhaaft. De nagekomen stukken van verzoekster leiden niet tot een wijziging van het standpunt. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat verzoekster heeft betoogd dat diagnostische hysteroscopie binnen de gynaecologie de gouden

standaard is voor het diagnosticeren van intra-uteriene adhesies en daarmee aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet. De ziektekostenverzekeraar erkent dat hysteroscopie geldt als betrouwbare techniek voor het vaststellen en classificeren van intra-uteriene adhesies. Het ingezonden materiaal bevestigt dit ook. Dat gegeven beantwoordt echter niet de vraag die in dit geschil voorligt. De toets van artikel 2.1, tweede lid, Besluit Zorgverzekering ziet niet op de vraag of een techniek de beste meetmethode is, maar op de vraag of het behandelbeleid diagnostiek én behandeling bij het betreffende indicatiegebied leidt tot een relevante meerwaarde voor de patiënt in vergelijking met de bestaande zorg. Dat een diagnostische techniek accuraat is, zegt op zichzelf niets over de verzekerbare traject waarbinnen die techniek is ingezet. De afwijzing rust dan ook niet op een tekortschietende diagnostische waarde van hysteroscopie, maar op het ontbreken van een indicatie respectievelijk het ontbreken van bewezen meerwaarde van de behandeling. Beide gronden blijven door het ingezonden materiaal onaangetaast.

Verzoekster heeft gecorrigeerde documentatie overgelegd waaruit blijkt dat de indicatie voor de diagnostische hysteroscopie ‘vermoeden syndroom van Asherman’ was. Dit gegeven was reeds bij de beoordeling bekend. Ook in de aanvraag van 26 september 2024 is de verdenking op Asherman als indicatie vermeld. Het geschil is op die basis beoordeeld. De gestelde indicatie van het syndroom van Asherman verandert de beoordeling niet. Bepalend is of er een indicatie bestond voor een hysteroscopie. Die ontbrak. De overgelegde documentatie bevestigt dat de vóór de ingreep verrichte 2D- en 3D-echografie een normale uteriene caviteit liet zien. De adhesies zijn uitsluitend bij de hysteroscopie zelf vastgesteld en betroffen een milde dysmorphie (U1c). Zowel de richtlijn Onverklaarde subfertiliteit als de ESHRE-richtlijn over onverklaarde infertiliteit adviseert geen hysteroscopie te verrichten wanneer het beeldvormend onderzoek geen afwijking laat zien en geen vermoeden bestaat op een behandelbare afwijking. Nu de chirurgische behandeling van intra-uteriene adhesies ter verbetering van zwangerschapsuitkomsten niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet, betreft het geen behandelbare afwijking, zodat ook langs die lijn geen indicatie bestond. De ESHRE-richtlijn benoemt het effect van verwijdering van milde intra-uteriene adhesies op de levendgeborenkans bovendien uitdrukkelijk als openstaande kennisvraag. Dat hysteroscopie de gouden standaard voor het vaststellen van adhesies is, doet hieraan niet af. De vraag is niet of de techniek accuraat is, maar of zij in dit geval het aangewezen middel was. Bij een normale echo en een afwijking die niet behandelbaar is richting het beoogde doel, was dat niet het geval.

Ook de adhesiolyse is verricht in het kader van de onvervulde kinderwens. Daarmee is bepalend of deze behandeling, gericht op verbetering van zwangerschapsuitkomsten, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Die maatstaf vereist dat de meerwaarde van het behandelbeleid bij het betreffende indicatiegebied is aangetoond op basis van gegevens van voldoende methodologische kwaliteit. Aan die voorwaarde is niet voldaan. Het door verzoekster overgelegde materiaal onderstreept dit. Het artikel over zwangerschapskansen na geslaagde adhesiolyse (NTOG, vanaf p. 294) beschrijft dat de kans op een levend geboren kind ook ná een geslaagde adhesiolyse lager blijft en dat de implantatie zowel op moleculair als op mechanisch niveau negatief beïnvloed blijft. Het artikel over zwangerschap en obstetrische uitkomsten (vanaf p. 295) stelt dat over de zwangerschapsuitkomsten na adhesiolyse weinig bekend is, dat de beschikbare publicaties overwegend bestaan uit case reports en kleine retrospectieve cohortstudies, en dat voor een betrouwbare vergelijking bij voorkeur prospectief onderzoek in een homogene groep nodig is, onderzoek dat dus ontbreekt. Ten slotte vermeldt het themanummer bij de secundaire preventie (p. 293) dat de Cochranereview uit 2017 geen duidelijk bewijs laat zien voor de effectiviteit van anti-adhesiebehandeling op de kans op een (doorgaande) zwangerschap. De overgelegde documentatie onderstreept dit nog. De verrichte ingreep betreft geen reguliere adhesiolyse, maar een gecombineerd protocol met onder meer resectie van weefsel passend bij focale adenomyose, een injectie van PRP (platelet rich plasma) in het myometrium en een met PRP verrijkte anti-adhesiebarrier, gevolgd door medicamenteuze nabehandeling. PRP is een experimentele techniek waarvan de meerwaarde voor deze indicatie niet is aangetoond; de verwijzing van de huisarts vroeg hier ook uitdrukkelijk om. Dat dit traject niet als vastgestelde, evidence-based zorg kan worden aangemerkt, bevestigt dat de behandeling niet aan de stand van de wetenschap en

praktijk voldoet. Dit bewijsniveau observationeel, grotendeels zonder controlearm, aangevuld met experimentele technieken is naar zijn aard ontoereikend om een relevante meerwaarde voor het indicatiegebied aan te tonen. De door verzoekster aangedragen overzichtsartikelen, die als leidraad in de praktijk worden gehanteerd, kunnen die lacune niet ondervangen.

Verzoekster heeft benadrukt dat diagnostiek en behandeling het syndroom van Asherman betroffen. Dit onderscheid is voor de beoordeling niet doorslaggevend. Intra-uteriene adhesies vormen de kernbevinding bij het syndroom van Asherman, en beide zijn uitdrukkelijk in de beoordeling betrokken; de uitkomst is in beide gevallen gelijk. Het behandeldoel was bovendien onmiskenbaar gericht op een nieuwe zwangerschap de verwijzing zag op subfertiliteit met een uitdrukkelijk verzoek om PRP-therapie, en de besproken vervolgopties (waaronder een IVF-traject) zijn op zwangerschap gericht. Daarmee is het indicatiegebied voor de toetsing de verbetering van zwangerschapsuitkomsten, ongeacht het gehanteerde etiket. Dat er geen Nederlandse richtlijn specifiek over het syndroom van Asherman bestaat, brengt hierin geen verandering. Het ontbreken van een specifieke richtlijn verschuift de toets niet ten gunste van verzoekster: geraadpleegd zijn de relevante Nederlandse en internationale richtlijnen alsmede de literatuur, zonder dat bewijs van voldoende kwaliteit is aangetroffen dat de meerwaarde onderbouwt. Overzichtsartikelen op basis van kleine observationele studies zonder controlearm kunnen dat bewijs niet vervangen.

5. Advies Zorginstituut

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

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het syndroom van Asherman bestaat uit verklevingen in de baarmoeder. Het syndroom wordt veroorzaakt doordat er littekens ontstaan of worden aangebracht, bijvoorbeeld bij curettage (90% van de gevallen van dit syndroom), therapeutische hysteroscopie, slagader embolisatie van bijvoorbeeld vleesbomen, of een infectie zoals tuberculose van de baarmoeder. Symptomen die kunnen ontstaan zijn hypomenorroe (verminderd bloedverlies tijdens menstruaties), buikpijn en verminderde vruchtbaarheid.

In dit geschil is het onduidelijk wie wanneer de diagnose Asherman heeft gesteld. In de beschikbare correspondentie wordt voor het eerst in de aanvraag van 26 september 2024 voor de diagnostische hysteroscopie de verdenking op het syndroom van Asherman geuit. In de brief van de gynaecoloog uit Zwolle van 16 juli 2025 wordt gesteld dat er in mei 2024 voor het eerst werd gedacht aan het syndroom van Asherman. Deze diagnose wordt echter niet genoemd in de brieven van de gynaecoloog uit die periode. Wel wordt daarin genoemd dat bij de hysteroscopie intra-uteriene adhesies zijn gezien die zijn doorgenomen. Aangezien intra-uteriene adhesies de belangrijkste bevinding zijn bij het syndroom van Asherman, zal het Zorginstituut bij de beoordeling van dit geschil zowel het syndroom van Asherman, als intra-uteriene adhesies beschouwen. Qua doel van de behandeling zal het Zorginstituut zich vooral focussen op zwangerschapsuitkomsten, omdat verzoekster naar Leuven is verwezen in verband met subfertiliteit. Daarnaast is de conclusie in de laatste brief van de gynaecoloog in Zwolle dat er ‘helaas nog geen zwangerschap is geweest’ en de behandelopties die zijn besproken zijn voornamelijk gericht op een nieuwe zwangerschap.

Stand van de wetenschap en praktijk

Om te beoordelen of een diagnostische en therapeutische hysteroscopie bij de ziekte van Asherman/intrauteriene adhesies voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, heeft het Zorginstituut gezocht in Nederlandse richtlijnen, internationale richtlijnen en op Pubmed gezocht naar originele studies.

Nederlandse richtlijnen

Er is geen Nederlandse richtlijn die specifiek over het syndroom van Asherman gaat.

Het Zorginstituut heeft gezocht in de Richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) op het trefwoord 'intra-uteriene adhesies.' Deze term komt in enkele relevante richtlijnen voor. De richtlijn 'Onverklaarde subfertiliteit' adviseert om alleen een hysteroscopie te doen als bij oriënterend fertiliteitsonderzoek een vermoeden is gerezen op een behandelbare afwijking.

Onderdeel van een oriënterend fertiliteitsonderzoek is bijvoorbeeld een transvaginale echo. Relevant voor de casus is de vraag of de eerder waargenomen intra-uteriene adhesies (of het syndroom van Asherman) een behandelbare afwijking zijn van subfertiliteit. Daarover vermeldt de richtlijn Herhaalde Miskraam: "Verricht geen chirurgische verwijdering van intrauteriene adhesies om zwangerschapsgeschiedenissen te verbeteren bij vrouwen met herhaalde miskramen." De overwegingen hierbij zijn: "De behandeling van adhesies/verklevingen is chirurgische verwijdering. Hoewel kleine observationele studies hebben aangetoond dat chirurgie het aantal miskramen bij vrouwen met herhaalde miskramen en verklevingen kan verminderen, heeft de werkgroep besloten een voorwaardelijke aanbeveling te formuleren op basis van het ontbreken van afdoende gegevens over voor- en nadelen. Voor ernstige verklevingen kunnen de voordelen met betrekking tot zwangerschap en pijnklachten opwegen tegen de mogelijke nadelen van chirurgie." Deze richtlijn is een adaptatie van de internationale richtlijn van de ESHRE over herhaalde miskraam. Aangezien de situatie van verzoekster niet helemaal overeenkomt met de doelpopulatie van het advies van de richtlijn (verzoekster heeft namelijk geen voorgeschiedenis van herhaalde miskramen) en de richtlijn adviseert om geen therapeutische hysteroscopie te doen, kan op basis van deze richtlijn niet worden geconcludeerd dat een therapeutische hysteroscopie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij intra-uteriene adhesies. Daarmee zijn intra-uteriene adhesies volgens deze richtlijn geen behandelbare afwijking. Hieruit volgt tevens (vanuit het advies in de richtlijn 'Onverklaarde subfertiliteit') dat er geen indicatie was voor de diagnostische hysteroscopie.

Internationale richtlijnen

Als eerste is de ESHRE-richtlijn over onverklaarbare onvruchtbaarheid beoordeeld. Ook deze richtlijn adviseert geen (diagnostische of therapeutische) hysteroscopie te verrichten als een transvaginale echo geen afwijkingen laat zien. Er wordt geen advies gegeven over adhesiolyse (het chirurgisch losmaken of verwijderen van verklevingen) van intra-uteriene adhesies. Aan het eind van de richtlijn worden toch nog punten genoemd waarover nog onvoldoende kennis is. Daarin wordt de vraag gesteld die verweerder ook citeerde: "In women with mild intrauterine adhesions and otherwise unexplained infertility does removal increase live birth rates?" Hieruit blijkt dat ten tijde van het opstellen van deze richtlijn geen studies van goede kwaliteit beschikbaar waren om te beoordelen of adhesiolyse van intrauteriene adhesies zwangerschapsgeschiedenissen verbetert.

Ten tweede is de ESHRE-richtlijn over herhaalde miskraam beoordeeld, aangezien deze werd geciteerd in de Nederlandse richtlijn waar een advies werd gegeven over behandeling van intra-uteriene adhesies. In deze richtlijn wordt geconcludeerd dat er onvoldoende bewijs is dat behandeling van intra-uteriene adhesies de uitkomsten wat betreft zwangerschap verbetert bij vrouwen met herhaalde miskramen (advies nummer 62). De reviews die wel verwijdering van adhesies adviseren, doen dit op basis van kleine observationele studies zonder controle-arm. Ook wordt in deze richtlijn de waarschuwing gegeven dat therapeutische hysteroscopie zelf een risicofactor kan zijn voor het (opnieuw) ontstaan van adhesies.

Pubmed zoekopdracht

Op 3 april 2026 heeft het Zorginstituut op Pubmed gezocht met de trefwoorden 'intrauteriene adhesions', 'asherman syndrome' en 'hysteroscopie'. De vraag die het Zorginstituut wil

beantwoorden is: ‘Leidt hysteroscopische adhesiolyse van intrauteriene adhesies tot verbeterde zwangerschapsuitkomsten bij vrouwen met het syndroom van Asherman of met intrauteriene adhesies?’

Er zijn alleen randomised controlled trials (RCT's) en systematic reviews van RCT's geselecteerd. Er is gezocht naar studies die zijn gepubliceerd na 2021, aangezien de ESHRE-richtlijn met betrekking tot herhaalde miskramen in 2022 is gepubliceerd. De zoekopdracht leverde 45 resultaten op. Geen van deze resultaten beantwoordt de vraag van het Zorginstituut.

Op basis van de geraadpleegde richtlijnen en gebrek aan studies van voldoende kwaliteit kan geconcludeerd worden dat een diagnostische en/of therapeutische hysteroscopie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat een diagnostische en therapeutische hysteroscopie bij de ziekte van Asherman/intrauteriene adhesies niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het uitvoeren van een diagnostische en therapeutische hysteroscopie bij de ziekte van Asherman/intrauteriene adhesies maakt geen onderdeel uit van het basispakket.”

- 5.2. In het definitief advies van 18 juni 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende informatie ontvangen.

Uit het verslag en de aanvullende informatie komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Uit de aanvullende reactie van verzoekster op 3 juni 2026 blijkt dat verzoekster van mening is dat het advies van het Zorginstituut onvolledig is. Zij onderbouwt dit met artikelen uit het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie (NTOG). Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op:

De stelling van verzoekster dat de diagnostiek en behandeling in het kader van klachten bij het syndroom van Asherman of intrauteriene adhesies zijn uitgevoerd wordt niet onderbouwd door middel van de beschikbare informatie in het dossier. In geen van de medische brieven worden aanhoudende klachten die mogelijk gerelateerd zijn aan het syndroom van Asherman of intrauteriene adhesies beschreven. Daarmee kan op basis van het aangeleverde dossier niet vastgesteld worden dat klachten bij het syndroom van Asherman, los van een zwangerschapswens, de indicatie vormden voor de diagnostische hysteroscopie op 26 september 2024.

Ten aanzien van de tweede diagnostische hysteroscopie en therapeutische hysteroscopie in Leuven op 21 november 2024 wordt expliciet secundaire infertiliteit benoemd als indicatie voor het onderzoek en behandeling. Uit het operatieverslag blijkt daarnaast niet dat de behandeling in belangrijke mate bestond uit het behandelen van verklevingen (adhesiolyse) in het kader van het syndroom van Asherman. Uit het operatieverslag volgt dat er bij de behandeling een resectie van fibreus weefsel suggestief voor focale adenomyose is uitgevoerd in combinatie met scratching en behandeling met Platelet-Rich Plasma (PRP).

Uit de verrichte behandeling blijkt dan ook niet dat deze is uitgevoerd in het kader van klachten bij en ter behandeling van het syndroom van Asherman of intrauteriene adhesies. Uit de beschreven ingreep en indicatie kan niet anders dan geconcludeerd worden dat deze zijn uitgevoerd in het kader van secundaire infertiliteit. In dat kader voldoen de uitgevoerde diagnostiek en behandelingen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals in het voorlopige advies reeds uiteengezet.

De controlehysteroscopie op 16 januari 2025 hangt direct samen met de hysteroscopie van 21 november 2024 en voldoet in dat kader ook niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De aangeleverde NTOG-artikelen uit de editie van september 2023 bevatten geen relevante wetenschappelijke studies die van meerwaarde zijn bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk.

Ten slotte merkt het Zorginstituut het volgende op. Het ontbreken van een (specifieke) Nederlandse richtlijn geen belangrijke rol speelt bij de beoordeling dat een diagnostische en therapeutische hysteroscopie bij het syndroom van Asherman/ intrauteriene adhesies, in het kader van het verbeteren van zwangerschapsuitkomsten, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook het relevante artikel uit Verordening (EG) nr. 883/2004. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar België, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr.883/2004. De eerste vraag die moet worden beantwoord, is of verzoekster de ziektekostenverzekeraar om voorafgaande toestemming heeft gevraagd. Verzoekster heeft op 16 december 2024 voor het eerst een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor een diagnostische en een therapeutische hysteroscopie in Leuven. Op 31 december 2024 volgende een afwijzing. Uit het dossier kan worden opgemaakt dat de diagnostische hysteroscopie al is uitgevoerd op 26 september 2024 en de therapeutische hysteroscopie reeds op 18 november 2024. Ten aanzien van beide behandelingen geldt dus dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar niet om voorafgaande toestemming heeft gevraagd. Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Hof van Justitie volgt dat de verordening buiten toepassing blijft als een verzekerde niet om voorafgaande toestemming heeft gevraagd. In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd onderscheidenlijk de beslissing op die aanvraag wordt afgewacht. In dit geval zijn dergelijke bijzondere omstandigheden gesteld noch gebleken. Dit betekent dat de

verordening buiten toepassing blijft en dat moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.3. De door verzoekster genoten zorg betreft medisch specialistische zorg. Hiervoor biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op de pagina's 101 tot en met 114 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Verder geldt dat op grond van hetgeen is beschreven op de pagina's 3 en 4 van de voorwaarden van de zorgverzekering dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland.
- 7.4. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, moet de commissie beoordelen of de bij verzoekster uitgevoerde diagnostische en therapeutische hysteroscopie voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'.
- 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 ziektekostenverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 is zo'n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.
- 7.5. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat 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. Of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.
- Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:
- (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
 - (2) systematische literatuursearch;
 - (3) samenvatten van de bewijs;
 - (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
 - (5) van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.
- Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.
- 7.6. Het Zorginstituut heeft in zijn advies aan de commissie van 29 april 2026 opgemerkt dat het in het onderhavige geval onduidelijk is wie wanneer de diagnose Asherman heeft gesteld. In de beschikbare correspondentie wordt voor het eerst in de aanvraag van 26 september 2024 voor de diagnostische hysteroscopie de verdenking op het syndroom van Asherman geuit. In de brief van

de gynaecoloog uit Zwolle van 16 juli 2025 wordt gesteld dat er in mei 2024 voor het eerst werd gedacht aan het syndroom van Asherman. Deze diagnose wordt echter niet genoemd in de brieven van de gynaecoloog uit die periode. Wel wordt daarin genoemd dat bij de hysteroscopie intra-uteriene adhesies zijn gezien die zijn doorgenomen. Aangezien intra-uteriene adhesies de belangrijkste bevinding zijn bij het syndroom van Asherman, heeft het Zorginstituut bij de beoordeling van dit geschil zowel het syndroom van Asherman, als intra-uteriene adhesies beschouwd. Qua doel van de behandeling heeft het Zorginstituut zich vooral gefocust op zwangerschapsuitkomsten, omdat zoals eerder opgemerkt, verzoekster naar Leuven is verwezen in verband met subfertiliteit. Het Zorginstituut heeft dus een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de diagnostische en therapeutische hysteroscopie bij de ziekte van Asherman of intra-uteriene adhesies. Het Zorginstituut komt op basis van de beschikbare informatie in het dossier tot de conclusie dat een diagnostische en therapeutische hysteroscopie bij de ziekte van Asherman of intra-uteriene adhesies niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Bij definitief advies van 18 juni 2026 heeft het Zorginstituut opgemerkt dat de stelling van verzoekster dat de diagnostiek en de behandeling in het kader van klachten bij het syndroom van Asherman of intrauteriene adhesies zijn uitgevoerd niet wordt onderbouwd door middel van de beschikbare informatie in het dossier. In geen van de medische brieven worden aanhoudende klachten die mogelijk gerelateerd zijn aan het syndroom van Asherman of intrauteriene adhesies beschreven. Daarmee kan op basis van het aangeleverde dossier niet vastgesteld worden dat klachten bij het syndroom van Asherman, los van een zwangerschapswens, de indicatie vormden voor de diagnostische hysteroscopie op 26 september 2024. Ten aanzien van de tweede diagnostische hysteroscopie en therapeutische hysteroscopie in Leuven op 21 november 2024 wordt expliciet secundaire infertiliteit benoemd als indicatie voor het onderzoek en behandeling. Uit het operatieverslag blijkt daarnaast niet dat de behandeling in belangrijke mate bestond uit het behandelen van verklevingen (adhesiolyse) in het kader van het syndroom van Asherman. Uit het operatieverslag volgt dat er bij de behandeling een resectie van fibreus weefsel suggestief voor focale adenomyose is uitgevoerd in combinatie met scratching en behandeling met Platelet-Rich Plasma (PRP). Uit de verrichte behandeling blijkt dan ook niet dat deze is uitgevoerd in het kader van klachten bij en ter behandeling van het syndroom van Asherman of intrauteriene adhesies. Uit de beschreven ingreep en indicatie kan niet anders dan geconcludeerd worden dat deze zijn uitgevoerd in het kader van secundaire infertiliteit. In dat kader voldoen de uitgevoerde diagnostiek en behandelingen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals in het voorlopige advies reeds uiteengezet. De controlehysteroscopie op 16 januari 2025 hangt direct samen met de hysteroscopie van 21 november 2024 en voldoet in dat kader ook niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De aangeleverde NTOG-artikelen uit de editie van september 2023 bevatten geen relevante wetenschappelijke studies die van meerwaarde zijn bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk. Tot slot speelt het ontbreken van een (specifieke) Nederlandse richtlijn geen belangrijke rol bij de beoordeling dat een diagnostische en therapeutische hysteroscopie bij het syndroom van Asherman/ intrauteriene adhesies, in het kader van het verbeteren van zwangerschapsuitkomsten, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

- 7.7. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, waaronder haar verwijzing naar de Europese Richtlijn 2011/24/EU, geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken. Hetzelfde geldt voor haar stelling dat sprake was van een second opinion. Het door verzoekster gestelde doet immers niet af aan het feit dat de genoten zorg niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ zodat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Dit geldt ook voor de niet onderbouwde stelling van verzoekster dat de zorg in Nederland wél zou zijn vergoed. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut dan ook over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in België uitgevoerde diagnostische en therapeutische hysteroscopie ten laste van de zorgverzekering.

Slotson

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 augustus 2026,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Artikel 64

1. Het Zorginstituut bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11.
2. Het Zorginstituut kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven.

Artikel 114

- 1.** De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
- 2.** De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
- 3.** De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
- 4.** Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

Buitenland

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

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

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

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is.
In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen zorg buitenland' staat (extramurale zorg).
Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen medicijnen in het buitenland' staat.
Het gaat hierbij om medicijnen die vallen onder medisch specialistische zorg. Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg).

- Wij adviseren u graag vooraf via onze afdeling Klanten Contact Centrum. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan een buitenlandse zorgverlener. Om een goed advies te kunnen geven, hebben wij vaak meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat; dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

Voorwaarden voor zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

- Medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik.
Of medicijnen die onderdeel zijn van medisch specialistische zorg. Deze vallen onder 'Medisch specialistische zorg'.
- Een apotheekbereiding (magistrale bereiding): deze medicijnen staan beschreven in het artikel 'Medicijnen die de apotheek zelf maakt'
- Een medicijn dat (bijna) gelijk is aan een niet-geregistreerd medicijn én dat niet in het GVS is opgenomen.
Deze medicijnen kunt u vinden op wetten.overheid.nl.
- Medicijnen (en voorlichting en advies) uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland.
- Zelfzorggeneesmiddelen (en voorlichting en advies) en intramurale medicijnen.
Dit voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen.
Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen met hyaluronzuur) die niet in het GVS zijn opgenomen, zijn beschreven in het artikel 'Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie' bij kappenbril en ptosisbril.
- Medicijnen waarbij na falen van toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op een tegemoetkomingsregeling.
Het gaat om hulp- of verbruiksartikel gerelateerde toedieningsvormen met fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingsregelingen.
- Medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden.
Bijvoorbeeld medicijnen die onder de aanspraak van Jeugdwet, Wlz, Wmo, overheidsfinanciering of subsidieregeling vallen.
- Medicijnen voorgeschreven door een alternatief zorgverlener of door een andere zorgverleners die wij niet noemen bij 'behandelvoorstel'.
- Verzorgingsproducten en cosmetische producten, of producten die daarmee overeenkomen.
Bijvoorbeeld tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen, mondspoelmiddelen en zonnebrandartikelen.
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om.
Dit wordt wel vergoed als sprake is van een spoedeisende situatie.
- Levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn.
- Instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen als de hulpmiddelen niet geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten.
- Esketamine neusspray (Spravato).
Dit valt onder het artikel 'Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)'.

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

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Skinvision (artikel B.4.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 % voor skinvision.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor medisch specialistische zorg; en
- Vergoeding van 100 %, maximaal 3 jaar (1095 dagen) voor opname bij medisch specialistische zorg.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Ziekenhuis of Z.B.C.
Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza), waarmee wij bedoelen:
 - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
 - een algemeen ziekenhuis
 - een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis)
 - een universitair ziekenhuis.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Plastische chirurgie (artikel B.4.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor plastische chirurgie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

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

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een afwijking in uw uiterlijk met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door objectief onderzoek is vastgesteld dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Bijvoorbeeld onbehandelbare, continu aanwezige smetplekken in de huidplooï bij een forse overhang van de buik.
 - U heeft een verminking die is ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting.
Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.
 - U heeft verlamde of verslaptte bovenoogleden.
De verlamming of verslapping heeft een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
 - U heeft agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders.
De ingreep bestaat uit het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen of transvrouwen. Bij transvrouwen moet de genderincongruentie (transseksualiteit) zijn vastgesteld. Dit doet een zorgaanbieder die meewerkt aan een transgenderennetwerk.
 - U heeft correctie nodig van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (transseksualiteit).
 - U heeft een aangeboren misvorming.
Zoals een lip-, kaak- of gehemeltespleet, misvorming van het benig aangezicht. Of er is sprake van goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken, misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
 - U heeft een borstverkleining nodig.
Hiervan is sprake bij cup DD/E of groter (of cup D als u kleiner bent dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Deze klachten komen door de zwaarte van uw borsten en beperken u aanzienlijk. Andere behandelingen of therapieën hebben uw klachten niet verholpen. Uw gewicht is stabiel en niet te hoog.
 - U heeft een laserbehandeling van de huid nodig.
Hiervan is sprake bij (in het oog springende) verminking of bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden afwijkingen niet als zodanig gezien.
 - U heeft een neuscorrectie nodig.
Hiervan is sprake bij een fors beperkte doorgankelijkheid van de neus die niet op een andere manier te behandelen is. Een correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als een opname nodig is, komt deze voor maximaal 1095 dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
 - Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen.
 - Wordt uw opname onderbroken voor weekend- of vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.
- Bij opname moet er medische noodzaak zijn in verband met geneeskundige zorg.

- De Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV) Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
De Werkwijzer is te vinden op vavolksgezondheid.nl onder 'Werkwijzers VAGZ/VAV'.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Jeugdarts.
- Bedrijfsarts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor een behandeling die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen (Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN). Deze lijst staat op onze website.
- Voor een bovenooglidcorrectie beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

- Liposuctie van de buik.
- Verwijderen borstprothese zonder medische noodzaak.
- Plaatsen of vervangen borstprothese.
Als geen sprake is van:
 - een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of
 - agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen.
- De kosten van foto's die wij opvragen voor de aanvraag voor een akkoordverklaring.

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

Revalidatie

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Revalidatie.
Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg wordt verleend in de vorm van:
 - deeltijd- of dagbehandeling of
 - opname, als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname.

Revalidatie omvat onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. De revalidatiearts is medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van de medisch specialistische revalidatie.

Revalidatiezorg wordt geleverd door een samenhangend, interdisciplinair team, waarbij onder intensieve samenwerking alle teamleden aan hetzelfde behandel doel van de patiënt werken. Het team is verbonden aan een instelling voor revalidatie.

Wat is uw vergoeding?

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

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft complexe, met elkaar samenhangende problemen in bewegen, gevoel, verstandelijk vermogen, spraak, taal en/of gedrag.
Deze problemen worden veroorzaakt door:
 - stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of
 - een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

Wat zijn de voorwaarden?

- U werkt aan het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk functioneren, passend bij uw beperkingen. De revalidatie richt zich op het verbeteren en/of voorkomen van problemen in het dagelijks leven en het maatschappelijk functioneren als gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Sportarts.
- Bedrijfsarts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor revalidatie zonder opname.

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Revalidatiearts met interdisciplinair team.
Een samenhangend, interdisciplinair team onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.
De zorg vindt plaats in instelling voor revalidatie.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Geriatrische revalidatie (artikel B.4.6.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geriatrische revalidatie.
Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg. De zorg is erop gericht dat uw functionele beperkingen verminderen zodat terugkeer naar huis mogelijk is. De zorg duurt maximaal 6 maanden.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 6 maanden voor geriatrische revalidatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Er is sprake van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid.

Wat zijn de voorwaarden?

- De geriatrische revalidatie volgt binnen een week op een opname en behandeling in een instelling voor medisch specialistische zorg.
De start van de revalidatie gaat samen met opname. Voorafgaand is geen sprake geweest van verblijf volgens de Wlz.
- De geriatrische revalidatie kan ook nodig zijn bij plotselinge veranderingen in uw situatie.
Het gaat hierbij om plotseling optredende mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid door een aandoening waarvoor u al medisch specialistische zorg heeft ontvangen. In dit geval moet door een geriater op de eerste hulp of via een spoed-consult op de geriatrische polikliniek zijn vastgesteld dat u tot de doelgroep voor geriatrische revalidatie behoort.
- Geriatrisch assessment is nodig bij behandeling door plotseling optredende aandoening of trauma.
Een geriatrisch assessment (onderzoek) moet hebben plaatsgevonden door een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een internist ouderengeneeskunde en/of een klinische geriater.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Medisch specialist.
- Physician assistant.
- Verpleegkundig specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor geriatrische revalidatie langer dan 6 maanden.
Geriatrische revalidatie die langer dan 6 maanden nodig is komt in bijzondere gevallen voor.

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Een samenhangend, interdisciplinair team in een instelling voor revalidatie, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandeldoel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Orgaantransplantatie, zorg voor de ontvanger (artikel B.4.7.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg voor de ontvanger bij orgaantransplantatie.
Voor u, als verzekerde en ontvanger van een orgaan, gaat het om al deze zorg:
 - de transplantatie van weefsels en orgaan;
 - de medisch specialistische zorg die te maken heeft met het implanteren bij u (ontvanger) van het transplantatiemateriaal van de donor; en
 - het onderzoek, de verwijdering, het bewaren en het vervoer van het transplantatiemateriaal in verband met de transplantatie.

Wat is uw vergoeding?

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

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Transplantatie op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk.
- Transplantatie in EU of EER.
De transplantatie van weefsels en organen mag worden verricht in: - een lidstaat van de Europese Unie; of - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte.
Als het donororgaan wordt afgestaan door de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad, dan mag de transplantatie ook in het woonland van de donor (buiten de EU of EER) plaatsvinden.
- De zorgverlener moet voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie en verbonden zijn aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist.
- Verpleegkundige.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist die voldoet aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Wettelijk erkend transplantatiecentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Zorg voor de donor bij levertransplantatie (artikel B.4.7.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg voor de donor bij levertransplantatie.
Bij orgaantransplantatie gaat het om al deze zorg voor de donor (degene die een orgaan/weefsel aan de ontvanger afstaat):
 - opname en specialistisch-geneeskundige zorg voor de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal;
 - vervoer binnen Nederland in verband met selectie en opname en ontslag op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer;
 - vervoer met een auto of een taxi in plaats van openbaar vervoer als dat medisch noodzakelijk is;
 - vervoer van en naar Nederland als de donor in het buitenland woont en het gaat om een transplantatie bij een verzekerde in Nederland;
 - kosten van de donor in verband met de transplantatie als deze kosten te maken hebben met het feit dat de donor in het buitenland woont. Wij bedoelen hiermee kosten die te maken hebben met het feit dat de screening en de selectie van donoren in het buitenland plaatsvindt. Bijvoorbeeld: reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, tot maximaal 6 maanden na opname voor rekening van de ontvanger, na 6 maanden voor rekening van de donor voor zorg voor de donor bij levertransplantatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg en het vervoer geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Zorg voor de donor komt de eerste periode na opname van de donor voor rekening van de ontvanger. Bij levertransplantatie valt de zorg voor de donor tot maximaal 6 maanden na het einde van de opname onder de verzekering van de ontvanger van het orgaan. Bij overige transplantaties valt de zorg voor de donor tot maximaal 13 weken na het einde van de opname onder de verzekering van de ontvanger van het orgaan. De donor wordt uitsluitend voor deze zorgperiode als verzekerde op de verzekering van de ontvanger beschouwd. Als de donor zelf een basisverzekering heeft of medeverzekerde is, komt het vervoer van de donor (of de kosten daarvan) voor rekening van zijn eigen basisverzekering.
- Transplantatie op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk.
- Transplantatie in EU of EER. De transplantatie van weefsels en organen mag worden verricht in: - een lidstaat van de Europese Unie; of - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte. Als het donororgaan wordt afgestaan door de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad, dan mag de transplantatie ook in het woonland van de donor (buiten de EU of EER) plaatsvinden.
- De zorgverlener moet voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie en verbonden zijn aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist.
- Verpleegkundige.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist die voldoet aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie. Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Wettelijk erkend transplantatiecentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Verblijfskosten van buitenlandse donor in Nederland.
- Misgelopen inkomsten.

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

Zorg voor de donor bij overige orgaantransplantaties (artikel B.4.7.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg voor de donor bij andere transplantatie dan levertransplantatie. Bij orgaantransplantatie gaat het om al deze zorg voor de donor (degene die een orgaan/weefsel aan de ontvanger afstaat):
 - opname en specialistisch-geneeskundige zorg voor de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal;
 - vervoer binnen Nederland in verband met selectie en opname en ontslag op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer;
 - vervoer met een auto of een taxi in plaats van openbaar vervoer als dat medisch noodzakelijk is;
 - vervoer van en naar Nederland als de donor in het buitenland woont en het gaat om een transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland;

- kosten van de donor in verband met de transplantatie als deze kosten te maken hebben met het feit dat de donor in het buitenland woont. Wij bedoelen hiermee kosten die te maken hebben met het feit dat de screening en de selectie van donoren in het buitenland plaatsvindt. Bijvoorbeeld: reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, tot maximaal 13 weken na opname voor rekening van de ontvanger , na 13 weken voor rekening van de donor voor zorg voor de donor bij overige orgaantransplantaties.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg en het vervoer geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Zorg voor de donor komt de eerste periode na opname van de donor voor rekening van de ontvanger. Bij levertransplantatie valt de zorg voor de donor tot maximaal 6 maanden na het einde van de opname onder de verzekering van de ontvanger van het orgaan. Bij overige transplantaties valt de zorg voor de donor tot maximaal 13 weken na het einde van de opname onder de verzekering van de ontvanger van het orgaan. De donor wordt uitsluitend voor deze zorgperiode als verzekerde op de verzekering van de ontvanger beschouwd. Als de donor zelf een basisverzekering heeft of medeverzekerde is, komt het vervoer van de donor (of de kosten daarvan) voor rekening van zijn eigen basisverzekering.
- Transplantatie op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk.
- Transplantatie in EU of EER. De transplantatie van weefsels en organen mag worden verricht in: - een lidstaat van de Europese Unie; of - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte. Als het donororgaan wordt afgestaan door de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad, dan mag de transplantatie ook in het woonland van de donor (buiten de EU of EER) plaatsvinden.
- De zorgverlener moet voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie en verbonden zijn aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist.
- Verpleegkundige.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist die voldoet aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie. Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Wettelijk erkend transplantatiecentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Verblijfskosten van buitenlandse donor in Nederland.
- Misgelopen inkomsten.

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

Elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie (artikel B.4.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van € 131,40, per kwartaal voor elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- U kunt kosten per kwartaal declareren.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Vruchtbaarheidsbehandelingen IVF en ICSI (artikel B.4.14.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- IVF/ICSI vruchtbaarheidsbehandeling.
De zorg omvat per te realiseren zwangerschap: in-vitrofertilisatiemethode (IVF) of intracytoplasmatische sperma injectie (ICSI)-behandeling en daarbij toegepaste medicijnen volgens het GVS.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 42 jaar: vergoeding van 3 pogingen voor vruchtbaarheidsbehandelingen IVF en ICSI.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Voorwaarden waaronder IVF en ICSI onder de zorg vallen.
 - Als u jonger bent dan 38 jaar en er bij de 1e en 2e IVF-poging niet meer dan 1 embryo wordt teruggeplaatst (bij de 3e poging mogen dat er maximaal 2 zijn);
 - Als u tussen de 38 tot en met 42 jaar oud bent en er maximaal 2 embryo's per poging worden teruggeplaatst;
 - Als u 43 jaar of ouder bent, maar u bij aanvang jonger was dan 43 jaar: u heeft dan recht op afronding van die poging.

Vruchtbaarheidsbehandeling: voorbeelden IVF.

- U bent bezig met de 3e poging. Hierbij vindt een geslaagde follikelpunctie plaats, maar deze leidt niet tot een zwangerschap. Een volgende (4e) poging valt niet onder uw zorgverzekering.
- U bent bezig met de 3e poging. Het is niet gelukt zwanger te worden na de terugplaatsing van een embryo, maar er zijn nog enkele ingevroren embryo's. De ingevroren embryo's mogen worden teruggeplaatst tot ze op zijn, maximaal 2 per keer. Ook als u inmiddels 43 jaar bent; dit hoort namelijk nog bij de 3e poging waarbij u nog jonger was dan 43.
Zou het de 1e of 2e poging zijn en u bent jonger dan 38 jaar, dan zou maar één embryo tegelijk teruggeplaatst mogen worden.
- U bent bezig met uw 3e poging. Er wordt een embryo teruggeplaatst, maar 14 weken na de dag van de follikelpunctie eindigt de zwangerschap. U heeft dan opnieuw recht op 3 pogingen (als u jonger bent dan 43 jaar) omdat er sprake was van een gerealiseerde zwangerschap.
- U heeft 3 pogingen gehad zonder resultaat. Na een tijd wordt u toch zwanger. U heeft dan daarna opnieuw recht op 3 pogingen als u jonger bent dan 43 jaar.
- Na een gerealiseerde zwangerschap heeft u opnieuw recht op deze zorg.
Een gerealiseerde zwangerschap houdt in:
 - een zwangerschap van tenminste 9 weken en 3 dagen, gerekend vanaf de implantatie in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's; of
 - een zwangerschap van tenminste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie; of
 - een zwangerschap van tenminste 12 weken, gerekend vanaf de 1e dag van de laatste menstruatie in geval van een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap.
- Er is sprake van een IVF-poging als de follikelpunctie is geslaagd.
Er is sprake van een in-vitrofertilisatie (één IVF-poging) als fase 2, de follikelpunctie (het verkrijgen van de rijpe eicellen) is geslaagd. Terugplaatsing van eerder verkregen (ingevroren) embryo's maakt deel uit van de IVF-poging waarin de embryo's zijn verkregen.

Vruchtbaarheidsbehandeling: fases waar IVF uit bestaat.

Een in-vitrofertilisatie (IVF) omvat 4 opeenvolgende stadia:

- Fase 1: Hormonale behandeling die de rijping van de eicellen bevordert;
- Fase 2: Follikelpunctie (verkrijgen van rijpe eicellen);
- Fase 3: Bevruchting van de eicellen en kweken van embryo's in het laboratorium;
- Fase 4: Een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoeder.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Gynaecoloog in een vergunninghoudende instelling.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Behandeling van de donor van de eicel en donatie van de eicel in geval van een eiceldonatie. Voor de vergoeding van eiceldonatie gelden landelijke criteria.

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Uw verzekeringspasje

U ontvangt van ons een digitale verzekeringspas als uw verzekering is ingegaan. Als u deze digitale pas laat zien, kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u toch een fysieke pas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Op de achterkant is dit een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

Als u collectief verzekerd bent, kan het zijn dat er aanvullende afspraken zijn gemaakt waardoor u ook een fysieke pas ontvangt. Dit kan een pasje zijn met of zonder EHIC.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren.

Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

Lidmaatschap

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit?
- Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep.
- Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit?

- Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie.
Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig.
- De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit?
- Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen.

Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
- de ingangsdatum van uw dienstverband;
- inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.

Ingangsdatum en wijziging

Uw verzekering gaat in op de datum waarop wij uw aanmelding ontvangen. Als u nog bij een andere verzekeraar verzekerd bent dan kunt u aangeven dat uw verzekering later in moet gaan. De ingangsdatum moet wel aansluiten op uw vorige verzekering. De ingangsdatum van uw verzekering staat op uw polisblad. U kunt aangeven dat uw verzekering veranderd moet worden. Dan beëindigen wij de verzekering die u op dat moment heeft omdat deze niet tegelijk met uw nieuwe verzekering kan lopen. Uw nieuwe verzekering komt dan dus in de plaats van uw oude verzekering.