

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500772

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

Onderlinge waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 13 april 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 17 mei 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 18 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 juli 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 19 augustus 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025016558) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 augustus 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 september 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Op 29 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 3 oktober 2025 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 15 oktober 2025 heeft verzoekster gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 21 oktober 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 21 oktober 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 19 augustus 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 5 november 2025 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 7 november 2025 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brief van 26 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie hiervan is op 1 december 2025 aan verzoekster gestuurd. Van verzoekster 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 Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top

(hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Op 5 oktober 2024 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een second opinion, uit te voeren in Hove, België.
- 2.3. Bij brief van 21 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 10 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 19 augustus 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 5 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door haar in België genoten zorg in verband met een fertiliteitstraject te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster in haar e-mailbericht van 13 april 2025 verklaard dat zij sinds oktober 2023 onder behandeling is bij het TFP Medisch Centrum Kinderwens in Leiderdorp. Verzoekster heeft toegelicht dat daar geen oorzaken zijn gevonden voor een uitblijvende zwangerschap. De behandelingen zijn tot nu toe niet aangeslagen en inmiddels heeft verzoekster de leeftijd van 40 jaar bereikt. Op 5 oktober 2024 is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor geplande zorg in het buitenland. Het betrof een second opinion vanwege uitblijvende zwangerschap, bij een arts in België. Deze arts beschikt over uitgebreidere onderzoeks- en behandelmogelijkheden. Op 25 november 2024 is een 3D-echografie uitgevoerd waarbij een sterk vermoeden bestond op een T-vorm van de baarmoeder en adenomyose. Deze afwijkingen zijn vervolgens bevestigd tijdens een diagnostische hysteroscopie op 12 december 2024.
- 3.3. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar haar aanvraag ten onrechte heeft afgewezen. Volgens de behandelend arts bestaat namelijk wel degelijk een wetenschappelijke onderbouwing voor de relatie tussen de dysmorphe uterus, de adenomyose en het vruchtbaarheidsprobleem. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster een verklaring van haar behandelend arts, en wetenschappelijke studies en internationale richtlijnen overgelegd. Deze stukken bevestigen de noodzaak van de hierboven genoemde vooronderzoeken.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij zich gedeeltelijk neerlegt bij de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar. Het is echter niet redelijk dat het eerste consult en de diagnostische hysteroscopie niet worden vergoed. Zij vraagt de commissie te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is deze twee onderdelen van de zorg in België te vergoeden. Voorafgaand aan de behandeling in België is via de formele weg van de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor zorg in het buitenland. Hierbij is vermeld dat een second opinion werd aangevraagd. Er is voldaan aan de daarvoor geldende voorwaarden. Er is een verwijzing ingediend en de gevraagde informatie is steeds aangeleverd. In de maanden na de aanvraag ging het in het contact met de ziektekostenverzekeraar steeds over zorg in het buitenland. Hierbij is

nooit ter sprake gekomen dat de second opinion niet op de juiste manier is aangevraagd. Ook in de eerste afwijsbrief heeft de ziektekostenverzekeraar niet gesproken over de voorwaarden van een second opinion. De aanvraag werd op medische gronden afgewezen. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn een begroting en behandelplan nodig en kunnen deze worden opgevraagd bij de behandelaar in het buitenland. Echter, een behandelplan en begroting worden pas opgesteld na een eerste consult en diagnose. Het is daarom onredelijk dat een behandelplan en begroting nodig zijn om toestemming te verkrijgen. Volgens de ziektekostenverzekeraar had met de bevindingen moeten worden teruggekeerd naar de oorspronkelijke behandelaar, maar dit is niet mogelijk zonder volledige diagnostiek.

Het was bovendien onwenselijk en onpraktisch om terug te keren naar de oorspronkelijke behandelaar. Deze kon geen vervolgonderzoek meer aanbieden. Voorts had verzoekster vanwege de leeftijd en kinderwens geen meer tijd te verliezen. Ook was zij het vertrouwen verloren in de oorspronkelijke behandelaar.

Zowel het eerste consult als de diagnostische hysteroscopie betreft medisch specialistische zorg die in Nederland tot het basispakket behoort. Vanuit de Europese richtlijn inzake vrije artskeuze bestaat aanspraak op vergoeding conform het Nederlandse tarief. Als de behandeling in Nederland was uitgevoerd, waren de kosten wel vergoed.

Vergoeding van de diagnostische hysteroscopie is in eerste instantie afgewezen omdat er geen transvaginale echo is uitgevoerd. Dit blijkt uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 21 februari 2025. Echter, dit is wel gebeurd tijdens het eerste consult. Op deze echo waren meerdere afwijkingen zichtbaar. Aan het indicatievereiste voor een hysteroscopie is hiermee voldaan. Het doel van de diagnose was te beoordelen of er sprake was van een afwijking en van welke aard. Er is ook onderzoek gedaan naar de oorzaak van het overmatig bloedverlies. Diagnostiek is voor een patiënt belangrijk, omdat dit zorgt voor een eerlijke positie. Na de uitgevoerde diagnostiek konden de verschillende behandelopties worden afgewogen.

Verzoekster heeft verder gesteld dat het nooit haar intentie is geweest om een vergoeding te krijgen waarop geen aanspraak bestaat. Zij heeft geprobeerd de juiste weg te volgen. Het zou mogelijk moeten zijn een combinatieaanvraag te doen voor een second opinion bij een buitenlandse arts. Het was voor haar onduidelijk in welke voorwaarden zij zich had moeten verdiepen.

Verder geldt dat op Pubmed publicaties beschikbaar zijn over studies die het verband tussen adenomyose en infertiliteit aantonen.

- 3.5. Bij brief van 15 oktober 2025 heeft verzoekster gesteld dat het proces bij de ziektekostenverzekeraar vanaf het eerste moment van de vergoedingsaanvraag verwarrend en onvoldoende transparant is geweest. Er is nooit duidelijk gecommuniceerd welke voorwaarden gelden voor vergoeding van fertiliteitszorg in het buitenland. De ziektekostenverzekeraar heeft in verschillende fasen wisselende afwijsgredenen genoemd. Pas na de hoorzitting is er aanvullende informatie opgevraagd en heeft de ziektekostenverzekeraar een nieuwe interpretatie gegeven, zonder dat verzoekster vooraf wist dat dit nog onderwerp van beoordeling zou zijn. Het geheel heeft bij verzoekster de indruk gewekt dat de onderbouwing gaandeweg is verschoven, in plaats van dat de zaak vanaf het begin zorgvuldig en eenduidig is beoordeeld. Het eerste consult in België had meerdere doelen, namelijk (1) het bespreken van de medische voorgeschiedenis en de eerdere onderzoeken, (2) het beoordelen van mogelijke oorzaken van verminderde vruchtbaarheid, en (3) het bepalen of aanvullend onderzoek (zoals een hysteroscopie) medisch zinvol zou zijn. Dit valt volledig binnen het begrip medisch-specialistische zorg, los van de latere indicatiestelling. De ziektekostenverzekeraar heeft steeds één element uit dit consult - de 3D-echo - geïsoleerd en daarop zijn hele beoordeling gebaseerd. Daarmee is voorbijgegaan aan het feit dat een eerste consult veel breder is dan één diagnostische handeling. Verzoekster kon vooraf onmogelijk weten welke specifieke onderzoeken tijdens een eerste consult nodig zouden blijken te zijn, laat staan dat zij daar vooraf toestemming voor kon vragen. De ziektekostenverzekeraar stelt nu achteraf dat een 3D-echo bij adenomyose niet wordt vergoed, maar op geen enkel moment was dat vooraf duidelijk of vindbaar op de website of in de

voorwaarden van de zorgverzekering. Het is dus de vraag hoe een verzekerde in een dergelijke situatie zorgvuldig moet handelen.

Verder geldt dat volgens het Amsterdam Medisch Centrum adenomyose wordt erkend als een mogelijke oorzaak van verminderde vruchtbaarheid en dat met een 3D-echo het beste kan worden beoordeeld of sprake is van adenomyose. Dit bevestigt dat de keuze om aanvullend onderzoek te laten doen medisch goed verdedigbaar was en aansluit bij de inzichten van een erkend academisch centrum in Nederland.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak kan maken op de in België genoten zorg. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn brief van 18 juli 2025 toegelicht dat verzoekster in haar e-mailbericht van 5 oktober 2024 aangeeft zorg te willen aanvragen in het kader van een second opinion. Op grond van artikel 29 van de voorwaarden van de zorgverzekering geldt voor een second opinion de voorwaarde dat een verzekerde met de second opinion terugkeert naar de eerst geconsulteerde zorgverlener, die de regie houdt over de behandeling. Daarnaast bestaat, ten aanzien van de aanspraak op een second opinion, geen recht op behandeling door de tweede onafhankelijk arts of zorgverlener zonder eerst terug te keren naar de eerst geconsulteerde zorgverlener. Bovendien moet er sprake zijn van een schriftelijke verwijzing van de behandelaar. Verzoekster beschikt niet over een verwijzing van een behandelaar van het TFP Medisch Centrum Kinderwens. Tevens is niet gebleken dat verzoekster met de second opinion is teruggekeerd bij een behandelaar van het TFP Medisch Centrum Kinderwens. Volgens de declaratiegegevens van de ziektekostenverzekeraar is er op 28 oktober 2024 een MRI gedeclareerd door DC Klinieken. Vervolgens is een laboratoriumonderzoek uitgevoerd op 9 november 2024. Naar aanleiding van het opvragen van een medische onderbouwing heeft verzoekster een brief van de Belgische medisch specialist van 10 januari 2025 overgelegd. Uit deze brief blijkt dat verzoekster op 25 november 2024 is gezien op de polikliniek als opvolgingsconsult. Hieruit heeft de ziektekostenverzekeraar afgeleid dat verzoekster op die datum op consult is geweest bij de arts, na de MRI en het laboratoriumonderzoek. Ook is vermeld dat verzoekster op 12 december 2024 een diagnostische hysteroscopie heeft ondergaan. In hetzelfde verslag is te lezen dat een operatieve hysteroscopie is gepland op 6 februari 2025 en een controle hysteroscopie op 3 april 2025. Uit het medisch verslag komt het beeld naar voren dat verzoekster de behandeling heeft voortgezet in België, zonder eerst terug te keren naar de behandelaar in Nederland. Na de uitslagen van de onderzoeken (MRI, laboratoriumonderzoek en diagnostische hysteroscopie) is er meteen een operatieve hysteroscopie ingepland en deze is op 6 februari 2025 uitgevoerd. Er is daarom niet voldaan aan de voorwaarden die gelden voor de aanspraak op vergoeding van een second opinion.
- 4.2. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat niet is aangetoond dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de diagnostische hysteroscopie, omdat er geen wetenschappelijke onderbouwing van hoge kwaliteit aanwezig is die aantoon dat een dysmorphe uterus voor verlaagde zwangerschapskansen zorgt. De behandeling van een dysmorphe uterus leidt dan ook niet aantoonbaar tot een hogere kans op zwangerschap. Om deze reden was er niet alleen geen indicatie voor een diagnostische hysteroscopie, maar ook voor de daaropvolgende operatieve en second look hysteroscopie.
Het geneesmiddel Yseltly betreft een geneesmiddel dat in Nederland geen verzekerde zorg is. Met dit geneesmiddel is gestart ter voorbereiding van de operatieve hysteroscopie op 6 februari 2025. Dit blijkt uit het medisch verslag van 10 januari 2025.
- 4.3. Ten aanzien van de door verzoekster overgelegde wetenschappelijke artikelen heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat deze van een laag bewijsniveau zijn. Bovendien voldeed verzoekster ten aanzien van de eerste twee artikelen niet aan de inclusiecriteria. Daarom geven de aangeleverde artikelen geen reden tot wijziging van het ingenomen standpunt.

Het artikel *'Stepwise approach of hysteroscopic cytoreductive surgery for adenomyosis in patients with recurrent implantation failure'* is mede geschreven door twee chirurgen die de operatie bij verzoekster hebben uitgevoerd. Het gaat niet om een wetenschappelijke studie van hoge kwaliteit. Het betreft een studie met een klein aantal deelnemers, namelijk vijftien patiënten. Bovendien is het geen randomized controlled trial. Verder zijn de inclusiecriteria voor deze studie: *'Subject: patiënten jonger dan 37 jaar, bij wie adenomyotische letsels waren vastgesteld middels echografie en/of MRI, en die na minimaal 6 maanden medicamenteuze behandeling (gonadotrofine-releasing hormone-agonist of dienogest) niet zwanger konden worden na minimaal twee embryotransfercycli met blastocysten van hoge kwaliteit, werden opgenomen in het onderzoek.'* Verzoekster voldoet niet aan deze inclusiecriteria. Zij was 40 jaar ten tijde van het ondergaan van de diagnostische hysteroscopie. Daarnaast heeft zij uitsluitend IUI-behandelingen ondergaan en geen embryotransfer behandelingen.

Het artikel *'Reproductive outcomes after hysteroscopic metroplasty for women with dysmorphic uterus and recurrent implantation failure'* gaat over een retrospectieve observationele studie. Het heeft een bewijsniveau C, aangezien het een niet vergelijkend onderzoek betreft. Dit is een laag bewijsniveau. Verder betreft het een onderzoek met deelnemers waarbij herhaald implementatie falen (RIF) is vastgesteld. In het artikel wordt RIF als volgt gedefinieerd: *'als het niet bereiken van een klinische zwangerschap na de terugplaatsing van ten minste vier embryo's van goed kwaliteit (minimaal drie verse of ingevroren cycli)'* of *'als de onmogelijkheid om conceptie te bereiken na 2 tot 6 IVF-cycli (met embryo's van hoge kwaliteit)'*. Dit komt overeen met de ESHRE good practice recommendations on recurrent implantation failure uit 2023: *'The working group recommends considering RIF as a secondary phenomenon of ART, as it can only be observed in patients undergoing IVF, and that the following description of RIF be adopted: 'RIF describes the scenario in which the transfer of embryos considered to be viable has failed to result in a positive pregnancy test sufficiently often in a specific patient to warrant consideration of further investigations and/or interventions.'* Er is niet aangetoond dat verzoekster belemmeringen ondervindt bij de daadwerkelijke implantatie van embryo's en dus voldoet aan de criteria voor RIF, aangezien zij alleen IUI-behandelingen heeft ondergaan en geen IVF. Verzoekster voldoet dus niet aan de inclusiecriteria voor de studie. Verder blijkt uit het artikel dat er geen causaal verband is aangetoond tussen baarmoederafwijkingen en verminderde vruchtbaarheid. Daarom wordt in de conclusie van het artikel gesteld dat er meer gerandomiseerde, gecontroleerde studies noodzakelijk zijn om de resultaten van deze studie te kunnen ondersteunen. Deze behandeling is dan ook nog niet conform de 'stand van wetenschap en praktijk'.

Ook het artikel *Long-Term Reproductive Outcomes after Hysteroscopic Treatment of Dysmorphic Uteri in Women with Reproductive Failure: An European Multicenter Study* beschrijft een retrospectieve studie en heeft eveneens een laag bewijsniveau. Door het ontbreken van een onbehandelde controlegroep (natuurlijke zwangerschap) kunnen er geen conclusies worden getrokken over het effect van een metroplastiek op de reproductieve uitkomsten. Daarnaast valt wederom op dat één van de auteurs een behandelend arts van verzoekster is.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij moet beoordelen of de genoten zorg kan worden vergoed. Uit de aanvraag van verzoekster van 5 oktober 2024 blijkt dat zij vroeg om een second opinion. Voor een second opinion gelden voorwaarden, waaronder in ieder geval de voorwaarde dat een verzekerde na de second opinion terugkeert naar de oorspronkelijke behandelaar. Hieraan is niet voldaan.

Als wordt gekeken of de diagnostische hysteroscopie kan worden vergoed als zorg in het buitenland, komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat dit niet het geval is. Het betreft namelijk geen verzekerde zorg. Verzoekster stelt ten onrechte dat de zorg wel zou zijn vergoed als deze in Nederland was uitgevoerd. Ook zorg die in Nederland wordt uitgevoerd moet verzekerde zorg betreffen om voor vergoeding in aanmerking te komen. De behandeling is niet bewezen effectief volgens onderzoeken van voldoende kwaliteit. De zorg voldoet daarmee niet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'.

De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie niet opgemerkt dat een transvaginale echo is uitgevoerd, maar dat maakt de situatie niet anders. De aanvraag is op 5 oktober 2024 ontvangen. Vervolgens is informatie opgevraagd, maar op dat moment waren er al afspraken in België gepland. Verzoekster heeft al zorg gehad voordat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afwees. Er lijkt geen reden te zijn om de diagnostische hysteroscopie uit te voeren, zodat verzoekster daarop niet redelijkerwijs was aangewezen. Volgens het Zorginstituut wordt een hysteroscopie alleen geadviseerd bij oriënterend fertiliteitsonderzoek als er een vermoeden is gerezen op een behandelbare afwijking. Dit is bij verzoekster niet aan de orde.

Het eerste consult is, als gezegd, behandeld als een aanvraag voor een second opinion en niet als medisch specialistische zorg in het buitenland. Uit de aanvraag van 5 oktober 2024 blijkt ook duidelijk dat verzoekster vraagt om een second opinion.

De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij toegelicht dat als een verzekerde twijfelt over of een behandeling die hij ondergaat wel de juiste is om een second opinion kan worden gevraagd. Bij een second opinion wordt het dossier overgedragen aan een andere behandelaar. Deze tweede behandelaar geeft dan een advies en vervolgens wordt het dossier teruggegeven aan de eerste behandelaar. De tweede behandelaar kan adviseren om op een bepaalde manier verder te gaan, maar voert geen behandelingen uit. Er wordt alleen een oordeel gegeven over de eerste behandeling. Na de second opinion gaat een verzekerde in gesprek met de eerste arts en vervolgens kan de verzekerde beslissen of hij de behandeling bij de eerste arts wil voortzetten. Verder geldt dat Pubmed door de zorgverzekeraars en het Zorginstituut wordt gebruikt om te beoordelen of zorg voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Op Pubmed staan artikelen die spreken in het voordeel van verzoekster, maar dit betekent niet dat de zorg daarmee voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Op Pubmed staan namelijk ook artikelen over onderzoeken van onvoldoende kwaliteit. Voor een juiste beoordeling moet bijvoorbeeld worden gekeken naar uit hoeveel personen een onderzoek bestaat en of er ook een controlegroep is gebruikt. De ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut zijn na beoordeling van de artikelen tot de conclusie gekomen dat de onderhavige zorg niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

- 4.5. Bij brief van 29 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat het eerste consult niet in aanmerking komt voor vergoeding als dit wordt gezien als medisch specialistische zorg in het buitenland en niet als second opinion. In de ESHRE-guideline ‘*Unexplained Fertility*’ wordt een 3D-echografie aanbevolen bij aangeboren afwijkingen: “*to detect the most common congenital uterine anomalies.*” De richtlijn ‘*Herhaalde miskraam*’ adviseert de 3D-echografie alleen voor aangeboren afwijkingen.

Er is in Nederland een echo gemaakt. Volgens verzoekster betrof dit een 2D-echo. Hierop is adenomyose geconstateerd. Voor adenomyose wordt volgens richtlijn ‘*Herhaalde miskraam*’ een 2D-echo aanbevolen. Er is op de echo of anderszins geen aanwijzing voor congenitale uterine afwijkingen, waarvoor nadere beoordeling met een 3D-echo nodig zou zijn. Op basis van voorgaande was er geen indicatie voor een 3D-echo. Om deze reden was verzoekster hierop niet aangewezen, en ook niet op het consult.

- 4.6. In zijn brief van 26 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij zich niet kan vinden in het definitief advies van het Zorginstituut. Volgens de ziektekostenverzekeraar is verzoekster niet redelijkerwijs aangewezen op de echo en het consult. Formeel gezien is de richtlijn ‘*Herhaalde miskraam*’ niet volledig toepasselijk in de onderhavige situatie. De ziektekostenverzekeraar heeft deze bron echter opgevoerd ter ondersteuning van zijn stelling dat algemeen aanvaard/bekend is, dat een 3D-echo alleen is aangewezen voor de diagnose van congenitale afwijkingen en dat bij adenomyose een 2D-echo volstaat. Er waren in de onderhavige situatie geen aanwijzingen voor congenitale afwijkingen. Het feit dat op de website van het Amsterdam Medisch Centrum wordt vermeld dat zij bij adenomyose meestal een 3D-echo maken in plaats van een 2D-echo, wil niet zeggen dat dit medisch noodzakelijk is. Het Zorginstituut beschouwt de 3D-echo als technische variant van de standaard 2D-echo, maar volgens de

ziektekostenverzekeraar is het niet doelmatig een (transvaginale) echo te herhalen, terwijl al een (transvaginale) echo in Nederland was gemaakt met bevindingen: ‘passend bij adenomyose’. Ten aanzien van het consult geldt dat verzoekster niet was aangewezen op een nieuw consult bij een gynaecoloog in België, ook al heeft zij een gynaecologisch symptoom (infertiliteit). Dit is ook niet doelmatig. Verzoekster was bij het TFP Medisch Centrum Kinderwens al uitgebreid onderzocht door een gynaecoloog en werd vervolgens behandeld met gonadotrofines en IUI. Verzoekster geeft aan dat de reden voor het consult bij de gynaecoloog in België is dat deze kliniek over uitgebreidere onderzoeks- en behandelmogelijkheden beschikt. De uitgebreidere onderzoeksmogelijkheden (extra labonderzoek) en behandelmogelijkheden (linzagolix, metroplastiek) zijn echter geen verzekerde zorg (linzagolix) ofwel voldoen deze niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ (metroplastiek, extra labonderzoek). Dit wordt ook door het Zorginstituut bevestigd in het voorlopig advies. Omdat het enige doel van verzoekster is gebruik te maken van deze onderzoeksmogelijkheden en behandelingen, die niet conform de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ zijn, is zij niet aangewezen op het consult en is dit ook niet doelmatig.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 19 augustus 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch, farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld. De klachtgronden van verzoekster zijn uit te splitsen in drie onderwerpen: de afwijzing van vergoeding van de second opinion, de drie hysteroscopieën en het geneesmiddel linzagolix.

De second opinion bij de gynaecoloog in België

Bij een second opinion is het gebruikelijk om een medisch dossier met alle eerdere onderzoeksresultaten aan de geconsulteerde arts aan te leveren. Op basis van dat dossier, eventueel aangevuld met een consult en/of een eenvoudig onderzoek of behandeling, bepaalt deze arts of de eerder gestelde diagnose klopt, of dat er nog aanvullend onderzoek nodig is. Vervolgens wordt patiënt terugverwezen naar de oorspronkelijke behandelaar voor (verdere) behandeling.

Uit de beschikbare documentatie blijkt niet dat verzoekster na de second opinion terug is verwezen naar de oorspronkelijke behandelaar, te weten het TFP Medisch Centrum Kinderwens. Uit de verklaring van 19 maart 2025 van de behandelend arts in België en de factuur van 25 november 2024 blijkt dat bij verzoekster op 25 november 2024 een echografie is uitgevoerd in het kader van een second opinion. Het advies van de behandelend arts was om onderzoek te doen in de uterus middels een hysteroscopie. Uit het dossier blijkt niet dat verzoekster is terugverwezen naar de behandelend arts in het Medisch Centrum Kinderwens. Wel blijkt dat verzoekster op 12 december 2024 in België een hysteroscopie heeft ondergaan. Ook blijkt niet dat verzoekster door een behandelaar (door de huisarts of een andere behandelaar die is aangewezen in de polis) is doorverwezen voor een second opinion.

De diagnostische, therapeutische en second-look hysteroscopie

Een hysteroscopie is een kijkonderzoek van de baarmoeder. Hierbij brengt de gynaecoloog een flexibele scoop via de vagina in de baarmoeder in. Hiermee kan de binnenkant van de baarmoeder bekeken worden. Ook kunnen er kleine instrumenten via de scoop worden ingebracht om kleine behandelingen in de baarmoeder te doen, zoals het een mesje of laser om een septum (tussenschot) in de baarmoeder te klieven. Dit wordt soms metroplastiek genoemd.

De FMS 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. Bij verzoekster is een transvaginale echo verricht waarbij het vermoeden rees op een dysmorphe baarmoeder, specifiek gezegd een T-vormige baarmoeder. Bij een T-vormige baarmoeder heeft de buitenkant van de baarmoeder een normale vorm, maar is de vorm van de binnenkant van de baarmoeder (de holte) abnormaal. De holte lijkt daarbij op de letter T.

Daarnaast werd zowel bij [de] transvaginale echo als op de eerder gemaakte MRI adenomyose gezien. Adenomyose is een aandoening waarbij er endometriumweefsel (binnenbekleding van de baarmoeder) in het myometrium (spierweefsel van de baarmoeder) gevonden wordt. De belangrijkste klachten van adenomyose zijn hevig menstrueel bloedverlies, pijnlijke menstruatie en pijn bij het vrijen.

Om in dit geschil te beoordelen of de uitgevoerde hysteroscopie (en daarmee samenhangende vervolghysteroscopie waarbij metroplastiek is gedaan) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is het essentieel om te weten of:

a) een T-vormige baarmoeder een behandelbare oorzaak is van subfertiliteit; en
b) of adenomyose een oorzaak van subfertiliteit is die middels hysteroscopie te behandelen is. Indien één van beide het geval is, is een hysteroscopie namelijk geïndiceerd op basis van het advies in de FMS richtlijn.

- a. Is een T-vormige baarmoeder een behandelbare afwijking van subfertiliteit? In het dossier zijn twee artikelen opgenomen, aangedragen door de behandelaren in België. Deze studies zijn beide case-studies en missen een zogenaamde controlegroep. Alle vrouwen in de studie ondergingen de hysteroscopie met behandeling. Door het ontbreken van een controlegroep is niet te achterhalen wat er zou zijn gebeurd als er geen hysteroscopie met behandeling zou zijn gedaan. Het effect van de hysteroscopie met behandeling op bijvoorbeeld de kans op een spontane zwangerschap is daardoor niet goed te beoordelen.

Om de vraag te beantwoorden of een hysteroscopie leidt tot meer levend geboren kinderen bij vrouwen met een T-vormige baarmoeder is daarom een literatuuronderzoek in Pubmed uitgevoerd. Het Zorginstituut heeft gezocht op de zoektermen ‘t-shaped uterus[tiab] AND hysteroscopic metroplasty’. Dit leverde 24 artikelen op, waaronder de twee artikelen die zijn genoemd in het dossier.

Het Zorginstituut vond één systematische review. Het doel van deze review was om een overzicht te geven van de definitie, prevalentie, klinische relevantie en behandeling van T-vormige baarmoeders. Met klinische relevantie wordt onder andere bedoeld dat onderzocht is of een T-vormige baarmoeder een risicofactor is voor subfertiliteit. De systematische review lijkt secuur te zijn uitgevoerd en geeft een waardering van de gevonden studies volgens de GRADE methode.

Uiteindelijk werd[en] door de onderzoekers twintig studies in de review geïnccludeerd. Slechts twee daarvan betroffen studies waarin ook een controlegroep was opgenomen; de overige studies waren case-series zonder controlegroep. In de studies met een controlegroep werden geen aanwijzingen gevonden dat een T-vormige baarmoeder een risicofactor is voor subfertiliteit. Wel werden aanwijzingen gevonden dat een T-vormige baarmoeder mogelijk een verhoogd risico op een (herhaalde) miskraam geeft en een verhoogde kans op falen van embryo implantatie (na bijvoorbeeld een IVF-behandeling).

Er was één studie die de uitkomst van behandeling onderzocht waarbij een controlegroep was gedefinieerd die geen behandeling kreeg. In deze studie was hysteroscopie met behandeling niet geassocieerd met een hogere kans op een zwangerschap of een levend geboren kind.

Alle studies in deze systematic review waren van zeer lage kwaliteit, vanwege onnauwkeurigheid door kleine aantallen, het ontbreken van een controlegroep, en verschillende vormen van bias. De literatuursearch leverde verder geen randomized controlled trials of cohortstudies met een controlegroep op.

b. Is adenomyose een behandelbare afwijking van subfertiliteit?

De eerdergenoemde richtlijnen benoemen adenomyose niet specifiek als oorzaak van subfertiliteit. Ook worden er geen behandelingen voor adenomyose voorgesteld en wordt een hysteroscopie (al dan niet met behandeling) niet genoemd als onderzoek van adenomyose.

De behandeling van adenomyose richt zich voornamelijk op het verminderen van het bloedverlies en pijn bij de menstruatie. De eerste stap is symptoombestrijding met pijnstilling in de vorm van NSAID's en verminderen van het bloedverlies middels tranexaminezuur. Daarnaast kan een anticonceptivum worden overwogen waarbij er geen menstruatie meer optreedt.

Bij onvoldoende effect kan een ingreep door een gynaecoloog worden overwogen. Een ingreep kan bestaan uit een endometriumablatie via hysteroscopie of hysterectomie. Deze behandelingen hebben echter als doel om het bloedverlies te verminderen en niet de eventueel verlaagde kans op zwangerschap te verhogen.

Het Zorginstituut heeft daarom literatuuronderzoek verricht in Pubmed om de vraag te beantwoorden of een hysteroscopie leidt tot meer levend geboren kinderen bij vrouwen met een adenomyose. Er is gezocht op de zoektermen 'adenomyosis[mesh] AND hysterosc AND treatment'. Er werden 47 artikelen gevonden, waaronder het artikel wat is aangedragen door de behandelaren in België. Geen van deze artikelen was bruikbaar; veel studies waren klein, misten een controlegroep, of beantwoordden een andere vraag over adenomyose. Het door de behandelaren aangedragen artikel is een videoartikel waarin de operatie wordt uitgelegd aan de hand van videobeelden van operaties bij 15 vrouwen. Wegens de afwezigheid van een controlegroep, is dit videoartikel niet bruikbaar.*

Conclusie met betrekking tot de hysteroscopie

Er is weinig bewijs dat onderbouwt dat een T-vormige baarmoeder een risicofactor van miskramen zou kunnen zijn. Ook is er weinig bewijs waaruit blijkt dat een T-vormige uterus geen verhoogd risico geeft op subfertiliteit. Het bewijs dat er is, is van zeer lage kwaliteit. Daarnaast blijkt niet dat behandeling van een T-vormige baarmoeder via hysteroscopie de kans op een levend geboren kind dan wel de kans op een zwangerschap [verhoogt].

Er is geen bewijs dat een hysteroscopische behandeling van adenomyose effect heeft op zwangerschapsuitkomsten. Een hysteroscopie, zowel diagnostische als therapeutisch, in de situatie van verzoekster voldoet derhalve niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Geneesmiddelen

Linzagolix is een GnRH-receptorantagonist die de endogene GnRH-signalering remt door zich te binden aan GnRH-receptoren in de hypofyse. Linzagolix is in Nederland geregistreerd voor de behandeling van bij volwassen vrouwen in de vruchtbare leeftijd voor:

- de behandeling van matige tot ernstige symptomen van uterusfibromen
- symptomatische behandeling van endometriose bij vrouwen met een voorgeschiedenis van eerdere medische of chirurgische behandeling voor hun endometriose.

Geregistreerde geneesmiddelen komen voor vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking als het middel is opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en is aangewezen door de zorgverzekeraar (2.8, eerste lid, onder a, van het Bzv). Linzagolix is niet

opgenomen in het GVS en wordt momenteel dus niet vergoed in Nederland. Op dit moment loopt er een aanvraag voor vergoeding bij Zorginstituut Nederland voor baarmoederfibromen.

In het dossier is de gebruiksduur en dosering van linzagolix onduidelijk. Uit het dossier blijkt niet dat verzoekster baarmoederfibromen heeft. Uit het dossier komt evenmin naar voren dat verzoekster klachten heeft van endometriose, én al een voorgeschiedenis heeft van eerdere medische en/of chirurgische behandeling hiervoor. Wel heeft verzoekster klachten van menorrhagie. Ook heeft verzoekster adenomyose, hierbij wordt endometriumweefsel (binnenbekleding van de baarmoeder) in het myometrium (spierweefsel van de baarmoeder) gevonden. Adenomyose wordt echter niet gezien als een vorm of subtype van endometriose. Verzoekster valt daarom niet binnen de geregistreerde indicatie van linzagolix.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan het volgende worden geconcludeerd:

- Verzoekster was niet redelijkerwijs aangewezen op een second opinion, nu zij geen verwijzing heeft naar het ziekenhuis in België en na afloop van de second opinion niet is terugverwezen naar de oorspronkelijke behandelaar.
- Het uitvoeren van een hysteroscopie bij adenomyose voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit literatuuronderzoek blijkt dat er geen bewijs is dat een hysteroscopie effect heeft op de zwangerschapsgeschiedenis.
- Het gebruik van het geneesmiddel linzagolix is niet in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel opgenomen.

Het advies

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

- Verzoekster was niet redelijkerwijs aangewezen op een second opinion.
- Het uitvoeren van een hysteroscopie bij adenomyose maakt geen onderdeel uit van het basispakket.
- Linzagolix komt bij de indicatie van verzoekster niet voor vergoeding in aanmerking vanuit de aanspraak farmaceutische zorg.”

- 5.2. In het definitief advies van 5 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Beoordeling consult

Verweerder lijkt zijn afwijzing voor het consult te baseren op de uitslag van de, tijdens dit consult uitgevoerde, 3D-echo. Dit is echter onjuist. Het startpunt om te beoordelen of bepaalde diagnostiek geïndiceerd is, is een symptoom van een patiënt. Uit de beschikbare informatie blijkt dat er bij verzoekster sprake is van infertiliteit. In het kader hiervan is zij met een duidelijke hulpvraag door haar huisarts doorverwezen naar een gynaecoloog. Verzoekster is daarmee aangewezen op een consult bij een gynaecoloog.

Beoordeling 3D-echo

Verweerder baseert de afwijzing in zijn brief van 29 september 2025 van de 3D-echo in het kader van medisch-specialistische zorg op de richtlijn ‘Herhaalde miskramen’. Het is het Zorginstituut onduidelijk waarom verweerder zich op deze richtlijn baseert. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat verzoekster herhaalde miskramen heeft gehad. Deze richtlijn is dan ook niet van toepassing op de situatie van verzoekster. De richtlijn die in deze situatie van toepassing is, is de FMS-richtlijn Oriënterend fertiliteitsonderzoek (OFO). Volgens deze richtlijn is in het geval van verzoekster een transvaginale echo geïndiceerd.

Een 3D-echo kan worden beschouwd als een technische variant op de standaard 2D-echo. Met een speciaal echoapparaat worden de 2D-beelden dusdanig bewerkt dat er een 3D beeld ontstaat op het beeldscherm. Voor de aanspraak maakt het echter geen verschil of er een 2D-echo of een 3D-echo wordt uitgevoerd in het kader van infertiliteit.

Beoordeling bloedonderzoek

Bij vrouwen met subfertiliteit wordt geadviseerd om de Chlamydia antigeentest af te nemen. Dit wordt geadviseerd in de NHG-standaard, de NICE richtlijn, en de richtlijn van de European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Uit de richtlijnen volgt niet dat het bepalen van de overige labwaardes zinvol is. Het bepalen van deze waardes geeft geen richting aan de oorzaak van de subfertiliteit en het geeft ook geen inschatting van de kans op een succesvolle zwangerschap. Het labonderzoek zoals dat is aangevraagd, gedateerd op 30 september 2024, voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Als het geschil wordt beoordeeld in het kader van medisch-specialistische zorg, kan op basis van de beschikbare informatie worden geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs aangewezen is op het consult bij de gynaecoloog. Daarnaast is verzoekster op basis van de geldende richtlijn redelijkerwijs aangewezen op een transvaginale echo. Het bepalen van labwaardes bij infertiliteit, anders dan de Chlamydia antigeentest, is niet zinvol en voldoet dan ook niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Advies

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

- *verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op een gynaecologisch consult;*
- *verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op een transvaginale echo;*
- *het bepalen van labwaardes bij infertiliteit, anders dan een Chlamydiaantigeentest, voldoet niet 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 5.6 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 een second opinion, medisch specialistische zorg, de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar 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. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar weliswaar om voorafgaande toestemming – voor een second opinion - gevraagd, namelijk bij e-mailbericht van 5 oktober 2024, maar zij heeft het antwoord hierop niet afgewacht. Een geval waarin het antwoord van de verzekeraar niet is afgewacht, staat gelijk aan de situatie waarin geen voorafgaande toestemming is gevraagd. Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Hof van Justitie volgt dat de verordening in dat geval buiten toepassing blijft. 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 is door verzoekster verwezen naar haar leeftijd, maar aan dat gegeven kan in dit verband geen betekenis worden toegekend. Verdere bijzondere omstandigheden zijn gesteld noch gebleken. Dit betekent dat de verordening verder buiten toepassing blijft en dat de aanspraak op zorg dient te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.3. In eerste instantie heeft verzoekster gevraagd om vergoeding van alle kosten die in verband met het fertiliteitstraject zijn gemaakt. Ter zitting heeft zij echter verklaard dat zij zich gedeeltelijk neerlegt bij de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar en uitsluitend nog vraagt om vergoeding van het eerste consult met transvaginale echo, de diagnostische hysteroscopie en het laboratoriumonderzoek. De aanspraak op vergoeding van de therapeutische en second-look hysteroscopie en het geneesmiddel linzagolix kunnen om die reden verder onbesproken blijven. Volgens de ziektekostenverzekeraar is niet voldaan aan de voorwaarden die gelden voor een second opinion en kunnen de kosten ook niet worden vergoed als medisch specialistische zorg in het buitenland.

Gelet op het voorgaande zal de commissie achtereenvolgens ingaan op de vraag of aanspraak bestaat in het kader van een second opinion, en zo nee, of de kosten van het eerste consult met transvaginale echo, de diagnostische hysteroscopie en het laboratoriumonderzoek kunnen worden vergoed als medisch specialistische zorg in het buitenland.

Aanspraak op een second opinion

- 7.4. De zorgverzekering biedt dekking voor een second opinion. Dit blijkt uit artikel B.29 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor een second opinion gelden voorwaarden, waaronder de voorwaarde dat een verzekerde met de second opinion terugkeert naar de eerste geconsulteerde zorgverlener die de regie houdt over de behandeling. Ook is hiervoor een schriftelijke verwijzing nodig.

De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar in zijn uitleg dat het bij een second opinion gaat om een advies van een andere arts over een ingezette of in te zetten behandeling. De arts die de second opinion uitvoert neemt de behandeling dus niet over.

Van een verwijzing voor een second opinion is in dit geval niet gebleken. Daarnaast staat vast dat verzoekster niet met de bevindingen van de Belgische arts is teruggekeerd naar de oorspronkelijke behandelaar, de arts verbonden aan het TFP Medisch Centrum Kinderwens. In plaats daarvan heeft de medisch specialist in België – wederom zonder dat sprake was van een verwijzing – op 12 december 2024 een diagnostische hysteroscopie uitgevoerd.

Hoewel de commissie de door verzoekster aangevoerde redenen om te kiezen voor dit traject kan begrijpen, moet worden geconcludeerd dat niet is voldaan aan de voorwaarden van een second opinion en dat verzoekster in het kader daarvan dus geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten ten laste van de zorgverzekering.

Aanspraak op medische specialistische zorg

- 7.5. Het eerste consult met transvaginale echo, de diagnostische hysteroscopie en het laboratoriumonderzoek betreffen medisch specialistische zorg. Voor medisch specialistische zorg biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven in artikel B.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Aard en omvang van de aanspraak worden mede bepaald door de criteria ‘plegen te bieden’ en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Alleen als hieraan is voldaan, is sprake van verzekerde zorg. Vervolgens is de vraag of betrokkene op die zorg ook ‘redelijkerwijs is aangewezen’. Verder geldt dat op grond van artikel 22 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op zorg in het buitenland.

- 7.6. De ziektekostenverzekeraar heeft het standpunt ingenomen, dat de uitgevoerde diagnostische hysteroscopie niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en dus niet behoort tot de verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Daarom zal de commissie eerst hierop ingaan. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport ‘Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023’ van 11 april 2023 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.
- 7.7. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de 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 het bewijs;
 - (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
 - (5) van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.
- 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.
- 7.8. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de hysteroscopische behandeling van een T-vormige baarmoeder en adenomyose. Het advies van 19 augustus 2025 bevat de uitkomst hiervan. Volgens het Zorginstituut is er weinig bewijs dat onderbouwt dat een T-vormige baarmoeder een risicofactor van miskramen zou kunnen zijn. Ook is er weinig bewijs waaruit blijkt dat een T-vormige uterus een verhoogd risico geeft op subfertiliteit. Het bewijs dat er is, is van zeer lage kwaliteit. Daarnaast blijkt niet dat behandeling van een T-vormige baarmoeder via hysteroscopie de kans op een levend geboren kind dan wel de kans op een zwangerschap verhoogt. Er is geen bewijs dat een hysteroscopische behandeling van adenomyose effect heeft op zwangerschapsuitkomsten. Een hysteroscopie, zowel diagnostisch als therapeutisch, in de situatie van verzoekster voldoet derhalve niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en vormt daarom geen onderdeel van het basispakket.

Het bepalen van labwaarden bij infertiliteit, anders dan de chlamydia antigeentest, is niet zinvol en voldoet dan ook niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, aldus het Zorginstituut.

De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, waaronder de twee door haar overgelegde artikelen, aangedragen door de behandelaren in België, geen reden om op deze onderdelen van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Ten aanzien van de beide artikelen heeft het Zorginstituut toegelicht dat het case-studies zijn die een zogenoemde controlegroep missen. Door het ontbreken van een controlegroep is niet te achterhalen wat er zou zijn gebeurd als er geen hysteroscopische behandeling was uitgevoerd.

Hetgeen door verzoekster in dit verband is gesteld is daarom onvoldoende. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut op beide onderdelen dan ook over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in België uitgevoerde diagnostische hysteroscopie ten laste van de zorgverzekering. Zoals eerder is opgemerkt, bestaat tussen partijen over de uitgevoerde therapeutische en second-look hysteroscopie geen geschil meer.

- 7.9. Ten aanzien van het eerste consult met transvaginale echo speelt de vraag naar de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ niet. Met betrekking tot het consult bij de gynaecoloog geldt dat het Zorginstituut in zijn definitief advies aan de commissie van 5 november 2025 heeft toegelicht dat als het geschil wordt beoordeeld in het kader van medisch-specialistische zorg, op basis van de beschikbare informatie kan worden geconcludeerd dat verzoekster – vanwege infertiliteit, voor welke hulpvraag zij door de huisarts werd doorverwezen - hierop redelijkerwijs was aangewezen. Daarnaast was verzoekster op basis van de geldende richtlijn redelijkerwijs aangewezen op een transvaginale echo.

De commissie ziet in hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd, met name ten aanzien van de doelmatigheid van de echo, geen reden om op dit onderdeel van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van het eerste consult met transvaginale echo als medisch specialistische zorg ten laste van de zorgverzekering.

- 7.10. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om, met in achtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering, de hoogte van de vergoeding voor het eerste consult met transvaginale echo vast te stellen en deze aan verzoekster uit te keren.

- 7.11. Gelet op deze uitkomst ziet de commissie aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het klachtgeld van € 37.- aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

- 7.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is ter zake van het eerste consult met transvaginale echo de hoogte van de vergoeding vast te stellen en deze aan verzoekster te verlenen, overigens met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden;
- (iii) hetgeen meer of anders door verzoekster is verzocht, wordt afgewezen.

Zeist, 19 december 2025,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

Artikel 6 Medisch-specialistische zorg (excl. geestelijke gezondheidszorg)

6.1 Algemeen

Voor in de artikelen 6 tot en met 16 genoemde vormen van zorg (met uitzondering van acute zorg) is een verwijzing vooraf noodzakelijk door uw huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts, medisch specialist (inclusief sportarts) of physician assistant, spoedeisendehulparts, verpleegkundig specialist, GGD-arts, arts infectieziekten, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, optometrist en orthoptist (kunnen alleen verwijzen naar de oogarts), klinisch fysisch-audioloog en triage-audicien (kunnen alleen verwijzen naar KNO-arts of audiologisch centrum) of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft of aangeboren afwijkingen bij de pasgeborene, door een verloskundige. In het geval dat het tandheelkunde of orthodontie betreft te verlenen door een kaakchirurg, is een verwijzing noodzakelijk van een tandarts of orthodontist. De geldigheidsduur van een verwijzing is één jaar, tenzij de verwijzer een andere geldigheidsduur aangeeft.

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18. Wat betreft de zorg geleverd door een sportarts bestaat alleen aanspraak als het medisch-specialistische zorg betreft die zich richt op herstel, genezing, dan wel voorkomen van (verergering van) een aandoening. De zorg kan bestaan uit:

- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding binnen een revalidatietraject en/of;
- diagnostiek en behandeling van blessures van het houdings- en bewegingsapparaat ontstaan door bewegen en/of door overbelasting.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.1.1 Voorwaardelijk toegelaten behandelingen

Sommige behandelingen zijn voorwaardelijk toegelaten tot de basisverzekering conform artikel 2.1 lid 5 van het Besluit zorgverzekering (Bz) en artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering (Rz). De effectiviteit van deze behandelingen is nog onvoldoende aangetoond. Maar deze behandelingen worden wel tijdelijk vergoed vanuit de basisverzekering. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan in de loop van het kalenderjaar nieuwe behandelingen voorwaardelijk toelaten. U kunt de 'Voorwaardelijk toegelaten behandelingen' inzien op www.zorginstituutnederland.nl.

6.2 Verblijf (ziekenhuisopname)

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch-specialistische zorg voor een onafgebroken periode tot een maximum van 1.095 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- medisch-specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen (met uitzondering van de geneesmiddelen die zijn uitgesloten in artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering), hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
- er dient sprake te zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met medisch-specialistische zorg;
- op het moment dat niet langer gronden voor medisch-specialistische hulp in combinatie met verblijf in een centrum voor medisch-specialistische zorg aanwezig zijn, dient dit direct aan Zorg en Zekerheid te worden gemeld.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- medisch-specialistische behandeling in of door een centrum voor medisch-specialistische zorg;
- medisch-specialistische behandeling van de extramuraal werkende medisch specialist;
- de met de behandeling gepaard gaande dagverpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor aanspraak op mondzorg, in geval van behandeling door een kaakchirurg, is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist als het gaat om prestaties opgenomen op de meest recente versie van de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie. Deze is te vinden op de website via www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op:

Behandelingen van plastisch chirurgische aard, met inachtneming van de voorgaande leden, als die noodzakelijk zijn ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- elektrische epilatie bij transgenders zoals bedoeld onder artikel 17.5 van deze polisvoorwaarden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor een beperkt aantal ingrepen dient u vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC-zorgproducten waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. Bij het verlenen van toestemming kunnen aanvullende medische voorwaarden gesteld worden.

Waar heb ik geen recht op?

- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- abdominoplastiek, tenzij er bijvoorbeeld sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooien of van een zeer ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.

Sommige medisch-specialistische behandelingen zijn niet verzekerd in de basisverzekering. Voor enkele behandelingen heeft Zorg en Zekerheid een vergoeding opgenomen in een aantal van haar aanvullende verzekeringen. Kijk voor meer informatie op www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij Medisch-specialistische hulp.

Tevens heeft Zorg en Zekerheid voor aanvullend verzekerden kortingsafspraken gemaakt bij een aantal medisch-specialistische centra. Voor meer informatie kunt u terecht op www.zorgenzekerheid.nl.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.5 Eerstelijnsdiagnostiek

Eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit laboratoriumonderzoek (onder andere bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (onder andere röntgenonderzoek) en functieonderzoek (onder andere ECG's). Eerstelijnsdiagnostiek wordt aangevraagd door een eerstelijnszorgverlener, waarbij de uitslagen bij die betreffende zorgverleners terugkomen.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op eerstelijnsdiagnostiek wanneer deze wordt uitgevoerd:

- door de huisartsenpraktijk;
- door een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC);
- door een ziekenhuis of ZBC;
- door een verloskundige (zie artikel 7 voor de voorwaarden).

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient een aanvraag te zijn van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten voor alle eerstelijnsdiagnostiek.

In uitbreiding hierop mag de aanvraag ook gedaan worden door:

- de verloskundige voor een prenatale screening (zie verder artikel 7);
- de bedrijfsarts voor diagnostiek in verband met arbeidsrelevante aandoeningen;
- de GGD-arts voor individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.6 Vergoeding verblijf bij CAR-T-celtherapie

Wanneer u in een expertziekenhuis onder behandeling bent voor CAR-T-celtherapie is het noodzakelijk dat u in week 3 en 4 van de behandeling binnen 60 minuten van een expertziekenhuis verblijft. Wanneer u niet binnen deze straal woonachtig bent dient u tijdelijk elders te verblijven. Dit mag in een hotel of vakantiewoning zijn. De aanwezigheid van een mantelzorger is hierbij voldoende.

Waar heb ik recht op?

Vergoeding van verblijfskosten in week 3 en 4 van de CAR-T-celtherapie. De hoogte van de vergoeding voor uw verblijf is € 89,00 per nacht.

Waar heb ik geen recht op?

Vergoeding van de verblijfskosten van de mantelverzorger.

Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg**7.1 Prenatale screening**

De prenatale screening valt onder de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Voor de hierna genoemde specifieke onderdelen van prenatale screening geldt dat de uitvoerende zorgverlener een overeenkomst moet hebben met één van de Regionale Centra voor Prenatale screening. Deze centra hebben een WBO-vergunning en definiëren de kwaliteitseisen waaraan de uitvoerende zorgverlener moet voldoen.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op een prenatale screening, de aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden. Deze screening omvat de volgende onderdelen:

- counseling door de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts of medisch specialist die de verzekerde begeleidt gedurende de zwangerschap. Hiermee wordt bedoeld: het verschaffen van informatie die het mogelijk maakt om een weloverwogen keuze te maken voor het al dan niet ondergaan van prenatale screening;
- counselingsgesprek voor de 13 weken echo en voor de 20 weken echo, beiden worden besproken in één counselingsgesprek;
- NIPT uitsluitend als er sprake is van een medische indicatie;
- alle zwangere verzekerden die een NIPT in Nederland of elders hebben ondergaan waarvan de uitslag "positief" is, hebben een indicatie voor vervolgonderzoeken zoals invasieve diagnostiek;
- een CTG (cardiotocogram) door een verloskundige bij minder leven, naderende serotiniteit en bij het uitwendig draaien van een kindje in stuitligging naar hoofdligging.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Wat zijn de voorwaarden?

Zorgverleners moeten, voor de termijnenecho om vast te stellen hoe lang iemand zwanger is en voor de specifieke diagnose echo, ingeschreven staan in het relevante register van Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN).

Voor inzendtermijnen zie de voorwaarden onder 4.1.1 onder e. Voor vragen over ziekenvervoer of de logeervergoeding kunt u contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825.

Artikel 22 Buitenland

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op (naar keuze):

- vergoeding van de kosten voor zorg in het buitenland verleend door een niet-gecontracteerde buitenlandse of Nederlandse zorgverlener. De hoogte van de vergoeding vindt u in Rubriek A onder artikel 1.5. Als u toestemming van ons heeft gekregen voor de behandeling, krijgt u maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief vergoed. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- spoedeisende zorg: dit is medisch noodzakelijke zorg in het buitenland binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht, die wordt geleverd door een buitenlandse of Nederlandse zorgverlener en redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar het woonland. U krijgt bij spoedeisende zorg in het buitenland een vergoeding van de kosten tot maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- zorg in het buitenland door een buitenlandse of Nederlandse zorgverlener waar u recht op heeft op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of een verdrag. De vergoeding van de kosten wordt ook geregeld door de EU-sociale zekerheidsverordening of het verdrag.

Let op: Het is mogelijk dat bijbetalingen van het betreffende land van toepassing zijn, bijvoorbeeld Belgische remgelden. Deze tellen wel mee voor het toepasselijke eigen risico of eigen bijdrage.

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in deze polisvoorwaarden;
- de zorgverlener is bevoegd de zorg te verlenen in het betreffende land;
- de verwijzing naar een zorgverlener buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- voor nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld moet de verzekerde een vertaling, door een beëdigd tolk, bijvoegen. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

Heb ik toestemming nodig?

Voor intramurale zorg (opname van tenminste één nacht) heeft u voorafgaande toestemming nodig.

Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op Geestelijke Gezondheidszorg zoals psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg is toegankelijk vanaf 18 jaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk of GGZ instelling waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar ten minste en aantoonbaar voldoet aan de voor de complexiteit van de betreffende problematiek geldende (opleidings-)vereisten en (overige) competenties zoals in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (zie www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut) is voorgeschreven;
- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk of GGZ instelling waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar alle aan hem/haar opgelegde taken en verantwoordelijkheden vanuit het geldende Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ aantoonbaar en in zijn volledigheid uitvoert;
- bij een GGZ instelling kan gebruik worden gemaakt van medebehandelaars. Een medebehandelaar is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder coördinatie van de regiebehandelaar uit te voeren;
- er moet sprake zijn van een GGZ instelling waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar een aanmerkelijk aandeel in de behandeling en het zorgproces heeft;
- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar de behandeling en het zorgproces geheel of voor het grootste gedeelte zelf uitvoert;
- uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de lijst consult registrerende beroepen of in de lijst beroepen curatieve GGZ van Zorg en Zekerheid, kunnen taken als medebehandelaar vervullen. Beide lijsten kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten;

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- de daadwerkelijke begeleiding bij het bewegen zelf;
- gecombineerde leefstijlinterventies die niet bewezen effectief zijn volgens het Loket Gezond Leven van het RIVM en/of niet goedgekeurd zijn als verzekerde zorg door Zorgverzekeraars Nederland.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts, kinderarts of jeugdarts.

Artikel 29 Second opinion

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op het vragen van een beoordeling over een bij u gestelde diagnose/voorgestelde behandeling of gestelde indicatie wijkverpleging, door een tweede onafhankelijk:

- arts;
- andersoortige zorgverlener (zoals een psychotherapeut of klinisch psycholoog);
- BIG-geregistreerde bachelor of master opgeleide verpleegkundige (indicatie wijkverpleging).

Wat zijn de voorwaarden?

- de second opinion heeft betrekking op zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 t/m 2.15 van het Besluit zorgverzekering;
- de betrokken zorgverleners zijn werkzaam in hetzelfde vakgebied;
- u keert met de second opinion terug naar de eerst geconsulteerde zorgverlener die de regie houdt over de behandeling.

Waar heb ik geen recht op?

- behandeling door de tweede onafhankelijk arts of zorgverlener zonder eerst terug te keren naar de eerst geconsulteerde zorgverlener;
- een second opinion die wordt aangevraagd ten behoeve van een civiele procedure of medische keuring voor een rijbewijs.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van uw behandelaar. Bij wijkverpleging is geen verwijzing nodig.