

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500081

Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 9 januari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 april 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Op 5 mei 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 6 mei 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.3. Bij brief van 11 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 juni 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 23 juli 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025014045) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft nader onderzoek geadviseerd. Een kopie van voornoemd advies is diezelfde dag aan partijen gestuurd. Hierbij is verzoekster gevraagd het geadviseerde nader onderzoek te verrichten. Op 22 augustus 2025 heeft verzoekster de commissie bericht. Een kopie van haar reactie is diezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen. Op 15 september 2025 is de uitkomst van het nader onderzoek aan het Zorginstituut gezonden.
- 1.5. Bij brief van 6 oktober 2025 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 1.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.7. Bij brief van 17 november 2025 is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op de door verzoekster tijdens de hoorzitting overgelegde aanvullende informatie. Bij brief van 28 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 1 december 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.8. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 1 december 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 6 oktober 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 10 december 2025 heeft

het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 december 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De commissie heeft van partijen geen reactie ontvangen.

- 1.9. Op 15 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geïnformeerd over de uitkomst van het door hem bij het uitvoeringsorgaan van de Duitse sociale ziektekostenverzekering gedane tarifieringsverzoek. Een kopie hiervan is op 20 januari 2026 aan verzoekster gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Werkt Best en VGZ Werkt Tand Beter (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar meerdere aanvragen ingediend voor een diagnostisch onderzoek in Leipzig, Duitsland. Deze aanvragen heeft de ziektekostenverzekeraar bij brieven van 27 mei 2024, 17 juli 2024 en 23 augustus 2024 afgewezen.
- 2.3. Op 4 september 2024 heeft het diagnostisch onderzoek in Leipzig plaatsgevonden.
- 2.4. Vervolgens heeft verzoekster op 16 december 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een uitgebreide ingreep vanwege diverse vasculaire symptomen, uit te voeren in Düsseldorf, Duitsland. Bij brief van 19 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster om aanvullende informatie gevraagd. Hierop heeft zij aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Op 24 december 2024 is namens verzoekster een aanvraag ingediend voor een nefropexie. Bij brief van 27 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de eerdere aanvraag is afgewezen. Hij heeft hierbij opgemerkt dat mogelijk wél aanspraak bestaat op vergoeding van een nefropexie, met in dat geval een maximale te vergoeden bedrag van € 9.867,57.
- 2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 8 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.6. Op 4 februari 2025 heeft verzoekster een operatie in Düsseldorf ondergaan.
- 2.7. Bij brief van 23 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.8. Bij brief van 6 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.9. Bij brief van 10 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling in Duitsland, bestaande uit het diagnostische onderzoek in Leipzig en de operatie in Düsseldorf, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij ongedateerde brief, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoekster haar gezondheidssituatie toegelicht.
 Zij is al meerdere jaren ernstig ziek. Bij verzoekster is jarenlang sprake geweest van een onbehandelde bindweefselaandoening, namelijk het Ehlers-Danlos syndroom. Dit heeft verschillende vasculaire compressies veroorzaakt, namelijk het Wilkie's syndroom, Nutcracker-syndroom, May-Thurner syndroom, MALS en Pelvic Congestion Syndrome. Op minimaal vier plaatsen in de buik van verzoekster werden belangrijke bloedvaten verdrukt. Dit zorgde voor ernstige klachten, waaronder constante pijn, chronische misselijkheid en braken, het onvermogen om normaal te eten, flauwvallen door dysautonomie (POTS), en extreme vermoeidheid en fysieke achteruitgang. Haar lichamelijke toestand was zo verslechterd dat zij niet meer zonder rolstoel kon. Ondanks deze klachten is verzoekster pas laat serieus genomen en bleek de oplossing binnen handbereik.
 De situatie van verzoekster was fysiek, emotioneel en financieel onhoudbaar. Zonder behandeling verslechterde haar gezondheid en werd de kans op schade of complicaties groter. Door haar aandoening was haar lichaam inmiddels sterk verzwakt. Hierdoor kon zij niet meer genieten van het leven zoals een 27-jarige dat zou moeten. Verzoekster is haar baan kwijtgeraakt, zij kon niet meer spelen met haar nichtjes en kon niet meer meekomen met de dingen die normaal zouden moeten zijn voor iemand van haar leeftijd. Zonder behandeling was voor verzoekster geen toekomst weggelegd en zou haar lichaam uiteindelijk de strijd verliezen. Met de in Duitsland uitgevoerde behandeling kan verzoekster weer een zelfstandig en betekenisvol leven leiden, waarin zij kan bijdragen aan de maatschappij in plaats van afhankelijk te zijn van een uitkering en voortdurende zorg.
 Verder heeft verzoekster opgemerkt dat de kosten van de uitgevoerde operatie op de langere termijn lager zijn dan de jaarlijkse medische kosten die zij voordien genereerde, en dat de ziektekostenverzekeraar eerder soortgelijke operaties wél heeft vergoed.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 9 januari 2025 heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar meet met verschillende maten. Dit is schadelijk voor de betrokkenen. Zorgverzekeraars lijken steeds meer vanuit commerciële belangen te opereren, in plaats van vanuit de essentie van zorg en solidariteit. In het geval van verzoekster is vergoeding van een bedrag van € 9.867,57 voor een nefropexie door de ziektekostenverzekeraar toegezegd. Een bekende van verzoekster krijgt deze vergoeding echter niet. Zij heeft in augustus 2024 een operatie ondergaan voor dezelfde aandoening. Deze operatie heeft haar gezondheid aanzienlijk verbeterd. Zij kan nu zonder rolstoel bewegen en weer eten zonder ziek te worden. Het wringt dat sommige verzekerden wel een vergoeding ontvangen, door fouten van medewerkers, terwijl anderen maar blijven wachten.
 Artsen verwijzen patiënten regelmatig door voor bewezen succesvolle behandelingen in het buitenland, maar omdat deze behandelingen niet voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', weigeren zorgverzekeraars vergoeding hiervan. Dit gebeurt ondanks een gedegen medische onderbouwing door zowel de Nederlandse als Duitse medisch specialist.
 Verder heeft verzoekster verklaard dat zij de afgelopen maanden te maken heeft gehad met ernstige problemen rondom de communicatie, informatievoorziening en het verkrijgen van noodzakelijke zorg bij de ziektekostenverzekeraar. In slechts één maand tijd heeft verzoekster meer dan 20 uur aan telefoongesprekken besteed, waarbij zij steeds van het kastje naar de muur werd gestuurd, zonder dat enige vooruitgang werd geboekt.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster haar medische situatie en haar weg naar de operatie in Düsseldorf verder toegelicht. De ingreep heeft het leven van verzoekster gered en heeft ook de kwaliteit

hiervan drastisch verbeterd. Voorafgaand aan de operatie bedroegen de zorgkosten van verzoekster circa € 70.000,- per jaar. Inmiddels zijn de ziekenhuisbezoeken op één hand te tellen. Het was voor de ziektekostenverzekeraar financieel voordeliger geweest om de operatie te vergoeden.

Verzoekster is niet zomaar naar een arts gegaan. Prof. dr. Sandmann is hoogleraar en jarenlang hoofd geweest van de Kliniek voor Vaatchirurgie en Niertransplantatie aan de Heinrich Heine-Universiteit in Düsseldorf, en codirecteur van het Transplantatiecentrum van diezelfde universiteit. Hij heeft deze operatie inmiddels bijna 300 keer met succes uitgevoerd. Een aanvraag voor zorg in het buitenland moet weliswaar zorgvuldig worden beoordeeld, maar het ging hier niet om een risicovolle keuze of een onbekend land. Het betrof een behandeling door een toonaangevende medisch specialist in Duitsland, een land met een uitstekende reputatie op het gebied van medische zorg. Bovendien is verzoekster hiervoor verwezen door haar behandelend vasculair internist in Nederland.

Er is overleg geweest tussen prof. dr. Sandmann en de behandelend reumatoloog in Nederland. Hierna volgde de conclusie dat een transpositie van de linker vena renalis niet gewenst was. Op dat moment moest er nog een uitslag komen van het genetisch onderzoek naar de vasculaire vorm van het Ehlers-Danlos Syndroom. Dit verklaart waarom er geen transpositie is uitgevoerd, maar gebruik is gemaakt van extravasculaire stents.

De ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut komen ten onrechte tot de conclusie dat het plaatsen van extravasculaire stents niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Er zijn wel degelijk wetenschappelijke publicaties over deze behandeling te vinden. Verzoekster heeft in dit verband verwezen naar een zestal artikelen. Bij zowel verzoekster als lotgenoten is de kwaliteit van leven aanzienlijk verbeterd door de ingreep en het gebruik van extravasculaire stents. De ingreep wordt op dit moment in ieder geval uitgevoerd door artsen in Spanje, Duitsland en de Verenigde Staten. Sommige lotgenoten hebben de operatie zelfs vergoed gekregen van hun zorgverzekeraar. Na de operatie is bij verzoekster opnieuw een MRA gemaakt. Hierop was te zien dat de doorbloeding van de bloedvaten waar zich eerst een compressie voordeed, na het plaatsen van de extravasculaire stents is hersteld. Gelet op het voorgaande kan niet worden geconcludeerd dat de operatie niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Bij de vraag of zorg voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ zou niet het land van behandeling, of het feit dat een behandeling in Nederland (nog) experimenteel wordt genoemd, doorslaggevend moeten zijn. Hierover hebben de Centrale Raad van Beroep en andere rechtsprekende organen eerder uitspraken gedaan.

Prof. dr. Sandmann kiest voor extravasculaire stents in plaats van interne stents, omdat interne stents kunnen gaan migreren. Ook vanwege de bindweefselaandoening is het niet wenselijk om een stent te plaatsen in de buikaorta. De bloedvaten zijn niet het probleem. Het gaat om de verdrukking, die van buiten komt. Als er een stent over het bloedvat wordt geplaatst, wordt dit probleem opgelost. Verder geldt dat prof. dr. Sandmann kiest voor transpositie als dat beter zou zijn dan een externe stent. In dit geval heeft hij onderzoek gedaan en hieruit bleek dat het plaatsen van een externe stent de beste behandelmethodes was.

Verzoekster heeft voorts herhaald dat zij meerdere syndromen heeft.

De ziektekostenverzekeraar heeft de indruk gewekt dat het land van behandeling uitmaakte. In Nederland worden ook stents gebruikt. Omdat in Nederland geen DBC-zorgproductcode bestaat om de gecombineerde behandeling onder te declareren, kon de ziektekostenverzekeraar haar niet verder helpen. Verzoekster valt in een kleine patiëntengroep. Het is lastig om onderzoek te doen op basis van een grote patiëntengroep als die er niet is.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk verklaard dat verzoekster niet in aanmerking komt voor vergoeding van het diagnostische onderzoek in Leipzig en de operatie in Düsseldorf. Het uitgevoerde onderzoek voldoet niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en is geen zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De operatie voldoet eveneens niet aan de

‘stand van de wetenschap en praktijk’. Ook is niet vast komen te staan dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de operatie, omdat de indicatiestelling niet navolgbaar is. De toestemming op grond van artikel 20 van de Verordening (EG) nr. 883/2004 is daarom terecht geweigerd.

- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 11 juni 2025 toegelicht dat er diverse machtigingsaanvragen zijn ingediend voor het onderzoek naar verschillende vasculaire compressie syndromen door Dr. Scholbach. Dr. Scholbach is een kinderarts, gevestigd in Leipzig. Het onderzoek medio september 2024 bestond uit een vragenlijst en een functioneel echo-duplex onderzoek. Dr. Scholbach heeft aangegeven dat hij hierbij een door hemzelf ontwikkelde kleurentecnologie en specifieke software heeft gebruikt. De arts verklaart dat hij door middel van deze onderzoeken de compressie syndromen kan diagnosticeren. De verwijzing naar Dr. Scholbach kwam op advies van de internist van het Erasmus Medisch Centrum (EMC). Verzoekster is daar bekend vanwege het Posturaal Orthostatisch Tachycardie Syndroom (POTS). Dr. Scholbach heeft de Pixelflux techniek ontwikkeld en hij heeft hiervoor een bedrijf opgericht, waarin hij de technologie, software en licentie voor het analyseren van de echo-doppler onderzoeken heeft ondergebracht. Hij gebruikt deze techniek om verschillende aandoeningen te kwantificeren, zoals ook vermeld in de meegeleverde informatie. Op PubMed zijn alleen zijn artikelen en rapporten van zijn hand over deze techniek te vinden. De Pixelflux techniek is niet algemeen erkend als standaard diagnosticum binnen de medische wereld. Een functioneel kleuren echo-doppler onderzoek valt onder het principe van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, maar de Pixelflux techniek en de bijbehorende conclusies en diagnoses die daaruit voortkomen voldoen niet aan dit criterium. Dr. Scholbach diagnosticeert, als gesteld, vasculair compressie syndromen (VCS) bij volwassenen op basis van echo-doppler onderzoeken en vragenlijsten. Dit komt niet overeen met de richtlijnen of algemeen geaccepteerde procedures binnen de medische literatuur, waardoor het onderzoek niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Echo-doppler onderzoek is een ondersteunend onderzoeksmiddel voor medisch specialisten. Dr. Scholbach is een kinderarts en de wijze waarop hij tot zijn diagnose(s) komt behoort niet tot de zorg zoals een kinderarts die pleegt te bieden.
- 4.3. In het verslag van prof. dr. Sandmann, gedateerd op 13 december 2024, wordt beschreven dat verzoekster lijdt aan het Pelvic Congestion Syndrome als gevolg van het hypermobiele Ehlers-Danlos syndroom (hEDS). Dit heeft geleid tot compressie gerelateerde aandoeningen zoals het May-Thurner Syndroom (MTS), compressie van de linker vena renalis en het Nutcracker Syndroom (NTS). Daarnaast worden het Wilkie Syndroom (Superior Mesenteric Artery Syndrome - SMAS) en een beginnend Median Arcuate Ligament Syndrome (MALS) genoemd. De operatie houdt een resectie van het MAL ligament in. Specifiek beschrijft de arts niet het ligament te klieven, maar volledig te verwijderen als dit tijdens de operatie noodzakelijk blijkt. Verder wordt er een ringvormige PTFE tube graft geplaatst om de vena renalis, evenals een tube op een andere locatie van de linker vena renalis en rond de vena iliaca, om compressie daar te voorkomen. Het plaatsen van deze stents zou ook de compressie bij de dunne darm (SMAS) verhelpen. Tijdens de operatie zou ook worden beoordeeld of het nodig is om de rechter nier omhoog te plaatsen. Uiteindelijk is tijdens de operatie echter geen nefropexie uitgevoerd. Deze behandeling maakt zodoende geen deel meer uit van het geschil. Opvallend is dat de resultaten van het onderzoek door Dr. Scholbach niet zijn opgenomen in het door prof. dr. Sandmann verstrekte dossier. Het is daarom niet duidelijk of de bevindingen en medische informatie van Dr. Scholbach zijn meegenomen in de operatie-indicatie van prof. dr. Sandmann. Op 23 december 2024 heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar telefonisch overleg gehad met de verwijzer vanuit het EMC om meer duidelijkheid te verkrijgen. De verwijzer gaf aan de operatie te steunen, omdat zij geen andere opties ziet en zij ervaring heeft met een soortgelijke casus bij een andere patiënt. In dat geval liet de verwijzer de CTA ook door haar eigen

radioloog bekijken, die eveneens een compressie bij de vena renalis constateerde. Hoewel zij erkent dat er beperkte literatuur is over de behandeling van deze compressiesyndromen, vindt zij het positief dat zowel de chirurg als Dr. Scholbach hier iets over heeft gepubliceerd. De verwijzer heeft hierbij benadrukt dat zij geen expert is op dit gebied, maar op basis van de aangeleverde gegevens van verzoekster bereid is mee te gaan in haar wens voor verder onderzoek in Leipzig en het operatieve traject.

Op dezelfde dag heeft verzoekster aanvullende informatie van een cardioloog aangeleverd, met een beschrijving van onderzoeken uit 2021 en 2024. De cardioloog stelde de diagnoses hEDS, CVS/ME, fibromyalgie, orthostatische intolerantie klachten met POTS, PEM en geheugenproblemen.

Het is volgens de ziektekostenverzekeraar opmerkelijk dat prof. dr. Sandmann in de machtigingsaanvraag spreekt van vier vasculaire syndromen, die elk op zichzelf al zeldzaam zijn. Het Wilkie-syndroom heeft bijvoorbeeld een prevalentie van 0,013% tot 0,3%, met wereldwijd 500 beschreven gevallen in de literatuur. Literatuuronderzoek via PubMed, casestudies en reviews suggereren dat uitgebreide diagnostiek nodig is, evenals het uitsluiten van andere mogelijke oorzaken. Uit de literatuur blijkt verder dat chirurgische ingrepen slechts in een beperkt aantal gevallen worden overwogen. Hiernaast ontbreken de essentiële bevindingen bij de klachtenomschrijving.

Bij het Pelvic Congestion Syndrome bijvoorbeeld ontbreken specifieke symptomen aan de benen en trombosevorming. Men mag verwachten dat de diagnostiek uitgebreid is en dat – naast radiologie en vaatchirurgie – meerdere disciplines hierbij betrokken zijn, aangezien MALS en Wilkie zich voornamelijk op het gebied van gastro-enterologie bevinden en Pelvic Congestion Syndrome op het urologische gebied.

Op basis van literatuurstudie kan niet worden uitgesloten dat de geconstateerde compressies asymptomatisch zijn, aangezien compressies bij 3% van de MTS- en NTS-syndromen worden gezien zonder dat ze klachten veroorzaken. Zonder de bekwaamheid of professionaliteit van de behandelaars in twijfel te trekken, is het nog onduidelijk dat op basis van een echoduplexonderzoek door een kinderarts en de bestudering van de CTA door de vaatchirurg, verzoekster vier zeldzame compressiesyndromen heeft die haar klachten verklaren en waarvoor alleen een operatieve behandeling wordt aanbevolen. Het is daarom niet navolgbaar dat verzoekster is aangewezen op de operatie. De vaatchirurg heeft daarbij zelf aangegeven dat hij tijdens de operatie nog wil beoordelen of ingrijpen bij MALS en nefroptosis noodzakelijk is. Een multidisciplinaire evaluatie en aanvullende behandeling, zoals in de literatuur en op de website van het MUMC bij Pelvic Congestion Syndrome worden beschreven, lijken gepast voordat een dergelijke ingreep plaatsvindt.

- 4.4. Om te beoordelen of de aangevraagde behandeling voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, heeft de ziektekostenverzekeraar op PubMed gezocht naar wetenschappelijk bewijs over de gangbaarheid van het gebruik van stents en de wijze van plaatsing (extern in plaats van intern). Het betreft hier de plaatsing van stents voor verschillende vasculaire compressie syndromen. Aangezien vasculaire compressiesyndromen op zichzelf al zeldzaam zijn en het gelijktijdig voorkomen van meerdere compressies nog zeldzamer, heeft hij gezocht naar beschikbare literatuur over elk syndroom afzonderlijk.

De PTFE-stent wordt meestal endovasculair gebruikt om obstructies in een bloedvat te verhelpen. Bij compressiesyndromen is de gouden standaard het endovasculair plaatsen van een stent, indien er voor een chirurgische oplossing wordt gekozen. De zoektocht naar PTFE-graft stents die extravasculair worden geplaatst leverde slechts enkele case reports op en één publicatie met betrekking tot het nutcracker compressiesyndroom (Da-li He, 2022). Er zijn geen gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) gevonden die extra- versus endovasculair gebruik vergelijken. Voor MALS wordt momenteel bij het EMC en MST een onderzoek gedaan om te bepalen of het klieven van het ligament een positief effect heeft op klachten veroorzaakt door ischemie van de maag. Deze methode is nog niet conform de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Daarbij moet worden opgemerkt dat de chirurg in Duitsland het ligament niet klieft,

maar gedeeltelijk verwijderd. Dit kan worden gezien als een technische variant van de methode die momenteel in Nederland wordt onderzocht. Uit het uitgevoerde literatuuronderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat de aangevraagde behandeling niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, waardoor deze niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij moet beoordelen of zorg voldoet aan de voorwaarden om voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking te komen. Daarbij is hij onder meer gebonden aan de voorwaarde dat zorg moet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Aan zorg in het buitenland worden dezelfde voorwaarden gesteld als aan zorg in Nederland. Dat de zorg in Duitsland is uitgevoerd, maakt ten aanzien van de beantwoording van de vraag of de zorg voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ geen verschil. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn beoordeling op dezelfde wijze uitgevoerd als het Zorginstituut. Het is daarnaast niet zo dat zorg niet kan worden vergoed, omdat er (nog) geen DBC-zorgproductcode bestaat. Als zorg wordt opgenomen in het basispakket, wordt er een DBC-zorgproductcode gecreëerd. Aangezien de genoten zorg echter niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, is deze niet opgenomen in het basispakket en is er ook geen DBC-zorgproductcode voor. Dat de behandeling voor verzoekster effectief is geweest, maakt niet dat de zorg voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Hiervoor is het onder meer van belang dat de lange termijn effecten bekend zijn, en dat is (nog) niet het geval. De ziektekostenverzekeraar heeft onderzocht of een uitzondering kan worden gemaakt voor verzoekster. Hij heeft gekeken of vergoeding mogelijk is op grond van de redelijkheid en billijkheid. Hier heeft hij het zogenoemde Bosentanarrest van de Hoge Raad bij betrokken. De ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat het weigeren van vergoeding in dit geval niet leidt tot een onaanvaardbare uitkomst. De voorwaarde dat zorg moet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ geldt voor iedere verzekerde en voor iedere behandeling die wordt vergoed vanuit de zorgverzekering. Als er in dit geval een uitzondering wordt gemaakt, moet dit ook bij andere verzekerden worden gedaan. Om te beoordelen of de zorg voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ heeft de ziektekostenverzekeraar gekeken naar Nederlandse en internationale informatie. Voor de beoordeling zijn vergelijkende onderzoeken (RCT’s) relevant. Verzoekster heeft gewezen op onderzoeken van prof. dr. Sandmann zelf. Deze onderzoeken betreffen casereports en hebben een lage mate van bewijs. Verder geldt dat individuele casuïstiek niet wordt meegenomen in de beoordeling of zorg voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het moet gaan om grotere aantallen patiënten op langere termijn. Relevant is de aard van het onderzoek. Er moeten bijvoorbeeld groepen die wel zijn geopereerd en groepen die niet zijn geopereerd met elkaar worden vergeleken. Er moet ook dubbelblind onderzoek worden gedaan. Al deze factoren zijn van belang voor de beoordeling van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het is aan de behandelend arts om eerst goed onderzoek te doen. Dit onderzoek ontbreekt. Externe stents worden op dit moment alleen gebruikt in de urologie. In Nederland wordt ook gewerkt met inwendige stents. Dat is de ‘Gouden Standaard’. Er zijn dus verschillende manieren om vasculaire compressies op te lossen. Verder geldt dat prof. dr. Sandmann al 300 patiënten heeft behandeld. Dat aantal zou voldoende kunnen zijn voor een onderzoek. Gelet op het advies van het Zorginstituut is de ziektekostenverzekeraar bereid om, met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering, vergoeding te verlenen voor het echodoppleronderzoek. Dit houdt in dat de ziektekostenverzekeraar een tarifieringsverzoek gaat doen bij het bevoegde Duitse uitvoeringsorgaan. Als de zorg niet valt onder het Duitse stelsel of als de vergoeding lager is dan het Nederlandse tarief, wordt de vergoeding verleend respectievelijk aangevuld op basis van het Nederlandse tarief. Verder kan de ziektekostenverzekeraar niet ingaan op eventuele vergoedingen aan andere verzekerden.

- 4.6. Bij brief van 28 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de door verzoekster ter zitting aangedragen studies wetenschappelijk gezien niet van voldoende kwaliteit zijn of niet aansluiten bij de onderzoeksvraag in de onderhavige casus.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 15 januari 2026 geïnformeerd over de uitkomst van het tarifieringsverzoek. Hieruit blijkt dat geen vergoeding van de kosten van het echodoppleronderzoek mogelijk is op basis van het Duitse stelsel. De ziektekostenverzekeraar zal daarom vergoeding verlenen op basis van het Nederlandse tarief en met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 23 juli 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Beoordeling diagnostisch onderzoek met Pixelflux software

Uit het verslag van de arts in Leipzig van 4 september 2024 blijkt dat de arts een vragenlijst heeft afgenomen, lichamelijk onderzoek heeft verricht en een kleurenechodopplergrafie heeft verricht bij verzoekster, waarbij beoordeeld is of er sprake was van abdominale vasculaire compressiesyndromen. Hierbij werd de pixelflux software gebruikt om onder andere de renale perfusie te meten.

Pixelflux software

Pixelflux is commerciële software voor de analyse van weefsel- en orgaandoorbloeding (perfusie) gedurende een hartcyclus op basis van dynamische kleurenechodoppler beelden. Verschillende hemodynamische parameters van perfusie kunnen worden gekwantificeerd op basis van pixels (pixel flow analyse) in een dwarsdoorsnede van een bloedvat zoals de bloedstroomsnelheid en de vaatweerstand (resistieve index).

Het Zorginstituut heeft overlegd met een radioloog van de NVVR op 27 juni 2025. Deze radioloog geeft met betrekking tot de pixelflux methode het volgende aan: ‘Echodopplergrafie is onderdeel van de diagnostiek bij verdenking op abdominale vasculaire compressiesyndromen. Een echodopplergrafie verschaft real time informatie in tegenstelling tot een CT abdomen. De pixelflux-techniek is een commerciële softwaretoepassing gebaseerd op kleurenechodoppler beelden. De techniek wordt niet breed gebruikt, maar is te beschouwen als een technische variant op de methode (pulsed wave doppler) bij gewone echodoppleronderzoeken, waarbij met name resistieve indexen worden gebruikt voor een globale inschatting van de orgaanperfusie. Deze laatste methode is gangbaar bijv. bij de evaluatie van renale doorbloeding of doorbloeding van transplantaten.’

Stand van de wetenschap en praktijk

Echodoppleronderzoek behoort tot de diagnostiek van abdominale vasculaire compressiesyndromen. Echodoppleronderzoek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Software of methode om perfusieparameters te meten, vormen onderdeel van een echodoppleronderzoek.

De pixelflux methode (pixel flow analyse) is een technische variant van de methode (pulsed wave doppler) bij gewoon echodoppleronderzoek. Met beide methoden kan de (orgaan)perfusie worden beoordeeld bij de diagnostiek van abdominale vasculaire compressiesyndromen. Het

Zorginstituut gaat er daarom vanuit dat de effectiviteit van de pixelflux methode vergelijkbaar is met de methode van gewoon echodoppleronderzoek.

Redelijkerwijs aangewezen op

Uit de medische informatie in het dossier blijkt dat de internist verzoekster heeft doorverwezen naar de arts in Leipzig voor diagnostiek van vasculaire compressiesyndromen. Verzoekster had EDS-klachten, waarbij sommige klachten mogelijk passend waren bij een vasculair compressiesyndroom. Bij verzoekster was sprake van ernstig gewichtsverlies en oncontroleerbaar braken. Hierbij had zij ook pijn in haar linkerflank met uitstraling naar de buik, rug en linkerlies. Op grond hiervan bestond er een medische indicatie voor aanvullende diagnostiek naar een mogelijk vasculair compressiesyndroom door middel van een echoduplex en CTA. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op aanvullend echodoppleronderzoek.

Onvoldoende informatie voor beoordeling operatie 4 februari 2025

Hoewel [het] door de behandelaar voorgestelde behandelplan van 29 november 2024 de indruk wekt dat verzoekster is geopereerd aan de MAL en dat er stents zijn geplaatst, is op basis van de beschikbare informatie niet duidelijk welke operatieve ingrepen er daadwerkelijk zijn verricht bij verzoekster. Hierdoor kan het Zorginstituut niet beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Nader onderzoek

Ten aanzien van de uitgevoerde operatie bevat het dossier onvoldoende informatie om te beoordelen of verzoekster voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden voor [een] medisch-specialistische zorg. Om te kunnen beoordelen of verzoekster voldoet aan de gestelde voorwaarden dient informatie aan het dossier toegevoegd te worden met betrekking tot het volgende:

- *Medische informatie van de behandelend arts over welke operaties er specifiek zijn uitgevoerd op 4 februari 2025.*

Conclusie

Ten aanzien van het echodoppleronderzoek concludeert het Zorginstituut dat [dit] voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut gaat ervan uit dat de effectiviteit van de pixelflux methode vergelijkbaar is met de methode van gewoon echodoppleronderzoek. Het Zorginstituut concludeert daarnaast dat verzoekster aangewezen was op een echodoppleronderzoek voor de diagnostiek van abdominale vasculaire compressiesyndromen. Verzoekster kan aanspraak maken op vergoeding van echodoppleronderzoek ten laste van de basisverzekering.

Het advies

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

- *Echoduplexonderzoek met Pixelfluxsoftware, het klieven van het mediane boogligament (MAL) en het plaatsen van stents maakt onderdeel uit van het basispakket en verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op echoduplexonderzoek met Pixelfluxsoftware, het klieven van het mediane boogligament (MAL) en het plaatsen van stents;*
- *Ten aanzien van het kl[ui]even van het MAL en het plaatsen van de stents adviseert het Zorginstituut u nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande (zie 'nader onderzoek')."*

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 6 oktober 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Voorlopig advies d.d. 23 juli 2025

Beoordeling diagnostisch onderzoek met Pixelflux software

In het voorlopig advies d.d. 23 juli 2025 heeft het Zorginstituut ten aanzien van het echodoppleronderzoek met Pixelfluxsoftware geconcludeerd dat dit voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut gaat ervan uit dat de effectiviteit van de pixelflux methode vergelijkbaar is met de methode van gewoon echodoppleronderzoek. Het Zorginstituut concludeerde daarnaast dat verzoekster aangewezen was op een echodoppleronderzoek voor de diagnostiek van abdominale vasculaire compressiesyndromen. Verzoekster kan derhalve aanspraak maken op vergoeding van echodoppleronderzoek ten laste van de basisverzekering.

Beoordeling verwijderen van het mediane boogligament (MAL) en het plaatsen van stents

In het genoemde voorlopig advies heeft het Zorginstituut over het verwijderen van MAL en het plaatsen van stents aangegeven dat op basis van de beschikbare informatie niet duidelijk welke operatieve ingrepen er daadwerkelijk zijn verricht bij verzoekster. Hierdoor kon het Zorginstituut niet beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering. Het Zorginstituut heeft daarom gevraagd om medische informatie van de behandelend arts over welke operaties er specifiek zijn uitgevoerd op 4 februari 2025.

Verschrijving in advies

Het Zorginstituut heeft geconstateerd dat er een verschrijving staat in het advies van 23 juli. Onder het kopje ‘Het advies’ staat: ‘Echoduplexonderzoek met Pixelfluxsoftware, het klieven van het mediane boogligament (MAL) en het plaatsen van stents maakt onderdeel uit van het basispakket en verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op echoduplexonderzoek met Pixelfluxsoftware, het klieven van het mediane boogligament (MAL) en het plaatsen van stents;’

Het bovenstaande is echter geen correcte weergave van hetgeen in het advies staat. De juiste formulering van het advies luidt: ‘Echoduplexonderzoek met Pixelfluxsoftware maakt onderdeel uit van het basispakket en verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op echoduplexonderzoek met Pixelfluxsoftware;’

Aanvullende informatie

Het nader onderzoek is uitgevoerd en er is de ontslagbrief van verzoekster d.d. 14 februari 2025 [is] toegevoegd aan het dossier. Uit deze brief blijkt dat een decompressie (opheffen van dichtdrukken) werd verricht van de linker v. renalis ofwel afvoerende bloedvat van de linker nier (notenkrakersyndroom) door middel van stents (buisjes) rondom het bloedvat. De plaatsing van deze stent rond de linker nierader, heeft zoveel ruimte gemaakt tussen de bovenste darmslagader en de aorta (lichaamsslagader), dat niet alleen de nierader niet meer wordt dichtgedrukt maar ook het laatste deel van de twaalfvingerige darm niet meer afknelt. In dezelfde operatie werd een stent geplaatst aan de buitenzijde van de v. iliaca communis links (het grote afvoerend bloedvat links in het bekken). Tot slot blijkt uit de ontslagbrief dat het verwijderen van het MAL niet heeft plaatsgevonden.

Juridisch kader

Op grond van artikel 2.4, lid 1, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) omvat geneeskundige zorg, zorg zoals onder meer medisch specialisten die plegen te bieden. Verder geldt dat de zorg moet voldoen aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Dit criterium bepaalt of een specifieke behandeling behoort tot het verzekerde pakket.

Nadat is vastgesteld dat een behandeling als een verzekerde prestatie is aan te merken, dient te worden vastgesteld of een individuele verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de prestatie. Dit betekent dat er een koppeling moet zijn tussen de zorgbehoefte (de medische indicatie) en de zorg die geleverd wordt.

Het gaat derhalve om de vraag of in het individuele geval de verlangde zorg het aangewezen middel is om in het gezondheidstekort van de verzekerde te voorzien.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het Zorginstituut heeft beoordeeld of het plaatsen van extravasculaire stents bij het May-Thurner-syndroom, het notenkrakersyndroom, het Wilkie-syndroom of de combinatie van het Wilkie-syndroom en het notenkrakersyndroom voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

May-Thurner syndroom

Bij het May-Thurner-syndroom (MTS), ook wel v. iliaca compressie syndroom genoemd, is de meest voorkomende afwijking een beklemming van de linker v. iliaca communis tussen de rechter a. iliaca communis en de vijfde lumbale wervel (lendewervel). Er zijn ook andere afwijkingen mogelijk zoals compressie van de rechter v. iliaca communis of vena cava. Het merendeel van de mensen heeft geen symptomen bij dergelijke afwijkingen. Bij MTS hebben patiënten symptomen door veneuze hypertensie (verhoogde druk in de aderen). Deze kunnen zijn: acute zwelling en pijn van het linker been, veneuze claudicatio (pijn bij lopen) of chronische veneuze insufficiëntie met varices (spataderen), hyperpigmentatie en veneuze ulcera (zweren). Soms kunnen patiënten een trombosebeen en longembolieën ontwikkelen. MTS komt vooral voor bij vrouwen van 30 tot 50 jaar.

Hoe vaak het syndroom (met symptomen) voorkomt is onbekend, maar het gaat om een zeldzame aandoening.

Diagnostiek

De diagnostiek begint na anamnese en lichamelijk onderzoek vaak met een doppler echografie om trombose uit te sluiten. Echo doppleronderzoek is minder geschikt om de bekkenvenen in beeld te brengen en afhankelijk van de ervaring van de radioloog, de omvang van de patiënt en de voorbereiding van de darmen. Bij verdenking op MTS wordt daarom aanvullend een CT- of MRI venografie verricht waarmee een stenose kan worden afgebeeld en andere pathologie kan worden uitgesloten. Venografie (röntgenfoto van aderen) met intravasculaire echografie wordt meestal voorafgaand aan een ingreep ingezet.

Behandeling

De behandeling van MTS hangt af van de ernst van de symptomen. Bij milde symptomen is de behandeling alleen conservatief met steunkousen. Bij matige tot ernstige symptomen van chronische veneuze insufficiëntie zonder diepe veneuze trombose bestaat de behandeling uit een dotterprocedure met endovasculaire stentplaatsing. Chirurgie wordt zelden verricht, omdat het gepaard gaat met meer complicaties en minder goede resultaten dan de minder invasieve ingrepen.

Literatuuronderzoek

Verweerder heeft literatuuronderzoek verricht naar de effectiviteit van extravasculaire stents bij abdominale vasculaire compressie syndromen, maar geen studies gevonden over de behandeling van MTS.

Het Zorginstituut heeft ook literatuuronderzoek verricht. De vraagstelling van het literatuuronderzoek was of de plaatsing van extravasculaire stents effectief is in vergelijking met plaatsing van endovasculaire stents voor de behandeling van patiënten met MTS zonder trombose.

In april 2025 werd systematisch literatuuronderzoek door het Zorginstituut verricht, waarbij gezocht is in Embase via Embase.org (1971-heden), Medline via Ovid (1946-heden) en Cochrane Central via Wiley (1992-heden). Hierbij werd gezocht naar systematische reviews, gerandomiseerde studies en observationele studies waarin ten minste vijf patiënten werden geïncludeerd. De literatuursearch leverde 285 resultaten op. Na screening van titel en abstract werden vier artikelen fulltext gelezen. Er werden geen studies gevonden die plaatsing van extravasculaire stents hebben onderzocht bij MTS.

Conclusie

Er is geen bewijs dat plaatsing van extravasculaire stents effectief is voor de behandeling van patiënten met MTS zonder trombose. Daarmee voldoet de plaatsing van extravasculaire stents bij MTS zonder trombose niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Notenkrakersyndroom

Het notenkrakersyndroom wordt veroorzaakt door compressie van de linker v. renalis tussen de aorta en a. mesenterica superior. Een andere variant is compressie van de linker v. renalis tussen de aorta en lumbale wervelkolom. De veneuze afwijkingen kunnen bij toeval bij patiënten worden gevonden zonder dat zij symptomen hiervan hebben, ook wel het notenkrakerfenomeen genoemd. Bij het notenkrakersyndroom ontstaan symptomen door veneuze hypertensie met stuwings van de nier die gepaard gaat met hematurie (bloedverlies in de urine), pijn in de flanken en orthostatische proteïnurie (bij staan eiwitverlies in urine). Daarnaast kunnen patiënten pelviene congestie met varices, pijn in het bekken en varicocèle (zwelling scrotum bij mannen) ontwikkelen. De prevalentie van dit zeldzame syndroom is onbekend. Het begint vaak bij een leeftijd van 20 tot 40 jaar.

Diagnostiek

De diagnose wordt gesteld aan de hand van de symptomen, laboratoriumonderzoek (bloed en urine) en radiologisch onderzoek. In eerste instantie wordt vaak screenend een echo doppleronderzoek verricht. De bevindingen kunnen afhankelijk zijn van de lichaamshouding en of de patiënt nuchter is. Vanwege deze beperkingen wordt aanvullend een CT of MRI verricht, waarmee ook andere oorzaken van de compressie kunnen worden uitgesloten. Ten slotte kan venografie met of zonder intravasculaire echografie worden ingezet.

Behandeling

De conservatieve behandeling kan bestaan uit advies aan patiënten met ondergewicht (BMI < 18,5 kg/m²) om aan te komen. Toename van het mesenteriale vet zou er toe leiden dat de compressie van de v. renalis afneemt. Daarnaast worden patiënten behandeld met o.a. ACE-remmers voor de behandeling van proteïnurie en hypertensie. Afhankelijk van de ernst van de symptomen worden patiënten behandeld met een operatie, waarvoor meerdere operatietechnieken zijn. Volgens een internationaal consensusdocument van 20 experts is transpositie van de linker v. renalis de eerste keus operatie bij het notenkrakersyndroom. Bij deze ingreep wordt de v. renalis opnieuw ingehecht in de vena cava inferior. Deze operatie gaat gepaard met een laag risico op complicaties en heeft goede resultaten op de middellange en lange termijn. Naast open en laparoscopische technieken kunnen minder invasieve endovasculaire ingrepen met stentplaatsing worden verricht. Een mogelijke risico is echter stentmigratie en lange termijn resultaten ontbreken nog. In het consensusdocument worden endovasculaire ingrepen daarom niet als eerste keus behandeling aanbevolen. Plaatsing van extravasculaire stents wordt niet als mogelijke behandeling genoemd.

Literatuuronderzoek

Verweerder heeft literatuuronderzoek verricht naar de effectiviteit van extravasculaire PTFE stents bij abdominale vasculaire compressie syndromen en alleen enkele case reports

gevonden. Er werd slechts één niet-vergelijkende studie van Wang et al (2019) gevonden die de effecten van de plaatsing van extravasculaire stents bij 17 patiënten met het notenkrakersyndroom heeft onderzocht, waarbij het om titanium stents ging. In deze studie verbeterden de symptomen bij patiënten zonder dat complicaties optraden gedurende 24-48 maanden.

Het Zorginstituut heeft ook literatuuronderzoek verricht. De vraagstelling van het literatuuronderzoek was of plaatsing van extraveneuze PTFE stent[s] effectief is in vergelijking met transpositie van de v. renalis. Hiervoor zijn studies nodig waarin beide ingrepen met elkaar worden vergeleken.

In maart 2025 werd systematisch literatuuronderzoek door het Zorginstituut verricht, waarbij gezocht is tot heden in Embase via Embase.org, Medline via Ovid en Cochrane Central via Wiley. Hierbij werd gezocht naar studies waarin ten minste vijf patiënten werden geïnccludeerd. De literatuursearch leverde 153 artikelen op. Na screening op titel en abstract werden tien artikelen fulltext bekeken. Er werden geen vergelijkende studies gevonden, enkel zes retrospectieve niet-vergelijkende studies (waaronder de studie van Wang et al (2019)) die de resultaten van laparoscopische plaatsing van extravasculaire stents (al dan niet robot geassisteerd) bij patiënten met het notenkrakersyndroom hebben gerapporteerd. Het gaat om kleinere studies (5-76 patiënten) met in totaal 117 patiënten waarbij er mogelijk overlap is van gerapporteerde patiënten van de studies van Wang et al. (2015) en Yu et al. (2023) en tussen die van Steinberg et al. (2019) en Fahri et al. (2024). In één studie (van Wang et al (2019)) werden zoals eerder genoemd titanium stents bij patiënten geplaatst, in vijf studies PTFE stents. De studies laten een verbetering van de pijnsymptomen en hematurie (75-100%) zien bij een gemiddelde of mediane follow-up duur van 3 tot 52 maanden. Er traden in de studies geen ernstige complicaties op, bij één patiënt werd migratie van stent gerapporteerd.

Het gaat om bewijs van zeer lage kwaliteit omdat in de onderzoeken geen vergelijking werd gemaakt met transpositie van de v. renalis, kleine aantallen patiënten werden geïnccludeerd en de meeste studies een beperkte follow-up (van minder dan drie jaar) hadden.

Conclusie

Er zijn geen vergelijkende studies gevonden die de effectiviteit van de plaatsing van een extravasculaire stent hebben vergeleken met transpositie van de v. renalis bij patiënten met het notenkrakersyndroom. De beschikbare niet vergelijkende studies over de uitkomsten van extravasculaire stents zijn van zeer lage kwaliteit. Daarmee is onvoldoende aangetoond dat plaatsing van extravasculaire stents bij het notenkrakersyndroom effectief is. Plaatsing van extravasculaire stents bij het notenkrakersyndroom voldoet daarom niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Wilkie-syndroom

Het Wilkie-syndroom wordt veroorzaakt door afwijkende ligging van de weefsels. Er ontstaat een te nauwe hoek tussen de darmslagader en de lichaamsslagader. Het laatste deel van de dunne darm wordt in deze nauwe hoek dichtgedrukt, vooral in rugligging. Als een maaltijd niet kan passeren ontstaan pijn, misselijkheid en braken. Bij ernstige passagestoornissen verliezen patiënten gewicht.

Diagnostiek

De diagnose kan gesteld worden met echo doppler, CT of MRI. Daarbij kan zowel de nauwe hoek tussen de vaten als de afsluiting van de darm worden weergegeven.

Behandeling

Er bestaan geen nationale of internationale richtlijnen voor de behandeling van het Wilkie-syndroom. De primaire behandeling bestaat uit houdingsadviezen en voedingsadviezen. Pas als

hiermee onvoldoende resultaat wordt behaald, volgt een operatieve behandeling. Deze bestaat uit laparoscopische gastrojejunostomie of duodenojejunostomie (chirurgische aanleggen van een bypass van de darm).

Literatuuronderzoek

Het Zorginstituut heeft literatuuronderzoek verricht. De vraagstelling van het literatuuronderzoek was of plaatsing van extravasculaire PTFE stent[s] effectief is in vergelijking met het aanleggen van een darmbypass. Hierover is geen literatuur gevonden.

Conclusie

Behandeling van het Wilkie-syndroom met een extravasculaire stent is geen bestaande behandeling, ook niet experimenteel. Het plaatsen van een extravasculaire stent bij het Wilkie-syndroom voldoet daarom niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Combinatie van het notenkrakersyndroom en Wilkie-syndroom

Omdat bij verzoekster het notenkrakersyndroom en het Wilkie-syndroom tegelijkertijd voorkwamen en deze een gezamenlijke oorzaak hebben (namelijk een nauwe hoek tussen de bovenste darmslagader en de lichaamsslagader), is er ook gekeken naar behandeling van beide syndromen.

Literatuuronderzoek

In september 2025 werd systematisch literatuuronderzoek door het Zorginstituut verricht, waarbij in PubMed is gezocht tot heden. Hierbij werd aanvankelijk breed gezocht, namelijk op het voorkomen van de combinatie van het Wilkie-syndroom met het notenkrakersyndroom. Dit leverde 65 hits op. Na screening op titel en abstract werden vijf case reports gevonden over de behandeling van de combinatie Wilkie-syndroom met notenkrakersyndroom. De specifieke vraagstelling van het literatuuronderzoek was of het plaatsen van een extravasculaire stent rondom de linker niervene effectief is bij patiënten die zowel het Wilkie-syndroom als het notenkrakersyndroom hebben.

Er bestaat geen aparte behandeling voor de combinatie van de twee syndromen. De meest gebruikelijke behandeling is het aanleggen van een darmbypass (ter verbetering van het Wilkie-syndroom), waarna het gewicht kan toenemen, er meer vet tussen de bovenste darmslagader en lichaamsslagader kan komen en daardoor het notenkrakersyndroom de kans heeft om spontaan te herstellen. Mocht het herstel onvoldoende zijn dan kan in tweede instantie alsnog een vaatreconstructie plaatsvinden. Bij één patiënt werden beide operaties tegelijkertijd verricht. Dit leidde niet tot complicaties. Er werden echter geen artikelen gevonden over de behandeling van de combinatie van het Wilkie-syndroom en het notenkrakersyndroom met extravasculaire stents.

Conclusie

Plaatsing van extravasculaire stents bij de combinatie van het Wilkie-syndroom en het notenkrakersyndroom voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Het Zorginstituut concludeert op basis van het uitgevoerde literatuuronderzoek dat voor geen van de onderzochte aandoeningen (MTS, het notenkrakersyndroom, het Wilkie-syndroom of de combinatie van het Wilkie-syndroom en het notenkrakersyndroom) het plaatsen van extravasculaire stents bewezen effectief is. Deze behandeling bij de genoemde aandoeningen voldoet dan ook niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

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

- *Het plaatsen van extravasculaire stents bij het May-Thurner-syndroom, het notenkrakersyndroom, het Wilkie-syndroom of de combinatie van het Wilkie-syndroom en het notenkrakersyndroom voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en maakt geen onderdeel uit van het basispakket.*
- *Het voorlopig advies van 23 juli 2025 met betrekking tot het echodoppleronderzoek blijft ongewijzigd. Het echodoppleronderzoek met Pixe[l]flux methode voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en verzoekster was hier redelijkerwijs op aangewezen voor de diagnostiek van abdominale vasculaire compressiesyndromen.”*

- 5.3. In het definitief advies van 10 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

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

Verzoekster vraagt in haar brief als bijlage bij de mail van 5 november 2025 op basis waarvan het Zorginstituut het onderzoek heeft uitgevoerd en de conclusies heeft getrokken. Ook vraagt verzoekster welke studies, methodieken en afwegingskaders het Zorginstituut heeft gebruikt.

Het Zorginstituut beoordeelt de stand van de wetenschap en praktijk aan de hand van een publiek toegankelijk beoordelingskader. Bij de beoordeling van dit geschil heeft het Zorginstituut systematisch literatuuronderzoek verricht in verschillende wetenschappelijke databases. De vraagstellingen, uitkomsten en conclusies heeft het Zorginstituut opgenomen in het voorlopig advies van 6 oktober 2025.

Daarnaast heeft verzoekster ook nog een vijftal andere studies aangedragen. Deze publicaties zijn niet in de beoordeling betrokken, omdat ze de vraagstellingen van het literatuuronderzoek niet kunnen beantwoorden of omdat het om studies gaat waar minder dan vijf patiënten zijn onderzocht.”

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 10 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 commissie betreft in dit bindend advies de relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, evenals het criterium of de voornoemde zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’, en de vraag of verzoekster ‘redelijkerwijs was aangewezen op’ deze zorg. De betrokken wet- en regelgeving is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, de artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) nr. 987/2009, artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek (BW) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. Verzoekster is naar Duitsland gegaan om daar zorg af te nemen. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, zal de commissie eerst hieraan toetsen.
In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn zorgverzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).
- 7.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft afwijzend beslist, omdat geen sprake is van verzekerde zorg, dat wil zeggen zorg zoals medisch specialisten die 'plegen te bieden' en die voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', onderscheidenlijk, voor zover het wel verzekerde zorg betreft, verzoekster hierop niet redelijkerwijs is aangewezen. De commissie merkt in dit verband op dat met de verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket op grond van de zorgverzekering is beoogd. Dit betekent dat voornoemde voorwaarden in een buitenslandssituatie voor de toepassing van de verordening onverkort gelden. Hierover overweegt de commissie als volgt.
- 7.4. Verzoekster wil dat de ziektekostenverzekeraar de door haar gemaakte kosten van het onderzoek in Leipzig en de daaropvolgende operatie in Düsseldorf vergoedt. De redenen hiervoor heeft zij duidelijk aan de commissie uitgelegd. Door de behandeling kan verzoekster weer een zelfstandig en betekenisvol leven leiden, zo licht zij toe. De commissie begrijpt dat het voor verzoekster belangrijk was om de behandeling te ondergaan. De commissie dient echter te beoordelen of de gemaakte kosten voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de zorgverzekering en binnen het kader van de wet- en regelgeving.
- 7.5. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. Blijkens artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering behoort medisch specialistische zorg tot de verzekerde prestaties. De inhoud en omvang van deze aanspraak worden mede bepaald door de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Voor zover aan deze criteria is voldaan, is sprake van verzekerde zorg. Indien het verzekerde zorg betreft, is de volgende vraag of betrokkene hierop redelijkerwijs is aangewezen. Dit blijkt uit hetgeen is bepaald in artikel 1.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering. De hiervoor genoemde bepalingen zijn gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Daarna moet worden beoordeeld of de behandeling doelmatig is en of aan bepaalde formele vereisten – zoals het hebben van een gerichte verwijzing en een eventueel benodigde voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar – is voldaan.
- 7.6. Gelet op artikel 114, derde en vierde lid, Zvw is de commissie gehouden in een geschil als het onderhavige advies te vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut maakt in zijn voorlopig advies van 23 juli 2025 en zijn nader advies van 6 oktober 2025 onderscheid tussen de twee verschillende onderdelen waarvoor vergoeding wordt gevraagd, namelijk (1) het echo dopplersonderzoek volgens de pixelflux methode, uitgevoerd in Leipzig, en (2) de ingreep waarbij extravasculaire stents zijn geplaatst ter behandeling van de diverse aandoeningen, die heeft plaatsgevonden in Düsseldorf.
- 7.6.1. Ten aanzien van (1) het echodopplersonderzoek volgens de pixelfluxmethode, uitgevoerd in Leipzig, constateert de commissie dat partijen inmiddels tot overeenstemming zijn gekomen. De ziektekostenverzekeraar heeft in vervolg hierop, overeenkomstig de artikelen 25 en 26 van

Verordening (EG) 987/2009, een tarifieringsverzoek gedaan bij het uitvoeringsorgaan van de Duitse sociale ziektekostenverzekering, waaruit naar voren is gekomen dat volgens die verzekering geen vergoeding mogelijk is. Voor de commissie vormt dit laatste een gegeven. Het ligt thans op de weg van de ziektekostenverzekeraar op basis van het Nederlandse tarief, en overigens met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering, vergoeding te verlenen voor dit onderzoek. De commissie ziet hierin tevens aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde klachtgeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden.

7.6.2. Waar het gaat om (2) de in Düsseldorf uitgevoerde ingreep, namelijk de plaatsing van de extravasculaire stents ter behandeling van de diverse aandoeningen, heeft het Zorginstituut een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het Zorginstituut heeft 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 (hierna: het rapport) is een dergelijke 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.

7.6.3. 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 op systematische wijze gezocht en geselecteerd 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 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.

7.6.4. Volgens het Zorginstituut is het plaatsen van extravasculaire stents voor geen van de onderzochte aandoeningen (MTS, het notenkrakersyndroom, het Wilkie-syndroom of de combinatie van het Wilkie-syndroom en het notenkrakersyndroom) bewezen effectief. Het

Zorginstituut komt tot de conclusie dat deze behandeling bij de genoemde aandoeningen niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en derhalve geen deel uitmaakt van het basispakket. De commissie stelt vast dat, anders dan verzoekster lijkt te veronderstellen, het bij de beoordeling aan de hand van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ gaat om de internationale ‘stand van de wetenschap en praktijk’, zodat niet alleen naar de situatie in Nederland wordt gekeken. Verder stelt zij vast dat door verzoekster naar enkele publicaties is verwezen en dat deze door het Zorginstituut in de beoordeling zijn betrokken.

Aangezien bij verzoekster het verwijderen van het mediane boogligament (MAL) en de nefropexie achterwege zijn gebleven, kan hetgeen verzoekster hierover heeft gesteld verder onbesproken blijven.

In hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd ziet de commissie geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en zij neemt het advies dan ook over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Düsseldorf uitgevoerde ingreep, te weten het plaatsen van extravasculaire stents, ten laste van de zorgverzekering. Dit betekent dat ook de hiervoor gevraagde toestemming op grond van Verordening (EG) nr. 883/2004 terecht door de ziektekostenverzekeraar werd geweigerd.

- 7.7. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar het plaatsen van extravasculaire stents in andere gevallen wél heeft vergoed. De commissie overweegt dat een dergelijk beroep alleen kan slagen voor zover volledig identieke gevallen ongelijk worden behandeld. Dit laatste is door verzoekster evenwel niet aangetoond.

Ook de stelling van verzoekster dat de kosten van de uitgevoerde operatie op de langere termijn lager zijn dan de jaarlijkse medische kosten die zij voordien genereerde, maakt de uitkomst van de beoordeling niet anders. De zorgverzekering voorziet immers niet in de mogelijkheid van substitutie, dat wil zeggen de vergoeding van niet-verzekerde zorg op basis van de bespaarde kosten van wél verzekerde zorg.

- 7.8. Tot slot dient aan de orde te komen of toepassing van de verzekeringsvoorwaarden – en dan met name de bepaling over de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ - onder de gegeven omstandigheden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, zoals bepaald in artikel 6:248, tweede lid, BW. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar de jurisprudentie van de Hoge Raad, meer specifiek het Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679).

De commissie stelt vast dat niet is voldaan aan de in dit arrest geformuleerde criteria. Zo is niet de verwachting dat de onder 7.6.4. genoemde zorg binnenkort in het verzekerde pakket wordt opgenomen. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat onverkorte toepassing van de verzekeringsvoorwaarden onder de gegeven omstandigheden niet leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) voor zover nog in geschil, het verzoek wordt afgewezen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekster het betaalde klachtgeld van € 37,- te vergoeden.

Zeist, 10 februari 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. (...)*”

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

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

Artikel 26

Geplande geneeskundige verzorging

A) Toestemmingsprocedure

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

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

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

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

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

D) Gezinsleden

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

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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Eigen Keuze is een combinatieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) of recht op zorg (natura) zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Voor restitutie heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Voor natura heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg verzekerd op basis van natura

Voor Verpleging en verzorging (artikel 14) en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (artikel 25 en 37) maakt u gebruik van zorg in natura. Deze zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- (vergoeding van de kosten van) zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- (vergoeding van de kosten van) zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 39) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt? Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de App, op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 16. Medisch specialistische zorg (restitutie)

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Voor zover u deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering omvat medisch specialistische zorg ook:

- a. Van 1 juli 2021 tot 1 augustus 2025, blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies;
- b. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2025 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker;
- c. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2024 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht;
- d. Van 1 april 2019 tot 1 maart 2024 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen;
- e. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
- f. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn.

Als het onderzoek is voltooid, heeft u aanspraak op deze zorg zoals omschreven in artikel 2.2 lid 6 Regeling zorgverzekering. Dit geldt niet als het onderzoek voortijdig is stopgezet.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prena-

tale screening. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico wel. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

Oogheelkunde:	Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
KNO:	Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
Chirurgie:	Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
Dermatologie	Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
Gynaecologie:	Vulvaire en vaginale afwijkingen
Plastische chirurgie:	Zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.