

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202402044

Partijen

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

en

CZ Zorgverzekeraar N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. In een telefoongesprek op 18 februari 2025 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Na een telefoongesprek met haar op 21 februari 2025 is dit schriftelijk aan verzoekster bevestigd. Op 25 februari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 14 april 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 april 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 5 juni 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025009546) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 5 juni 2025, aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 15 juli 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gestuurd.
- 1.5. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 16 juli 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die op 22 juli 2025 ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Diezelfde dag is een kopie van de aanvullende informatie van verzoekster van 15 juli 2025 aan de zorgverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 11 augustus 2025 heeft de zorgverzekeraar hierop gereageerd. Een afschrift van zijn reactie is op 12 augustus 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 12 augustus 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 5 juni 2025 aanpassing behoeft. Op 15 augustus 2025 heeft verzoekster een bericht aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan de zorgverzekeraar en het Zorginstituut gezonden. Bij brief van 18 augustus 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZdirect Basisverzekering (NaturaDirect) (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Op 29 augustus 2024 is door of namens verzoekster bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een lymfekliertransplantatie en lymfeklieranalyse, uit te voeren in Neuilly-sur-Seine, Frankrijk. Bij brief van 4 september 2024 heeft de zorgverzekeraar om aanvullende informatie gevraagd.
- 2.3. Op 16 september 2024 is de behandeling uitgevoerd.
- 2.4. Bij brief van 21 oktober 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag niet inhoudelijk kan worden beoordeeld vanwege het ontbreken van de gevraagde informatie. Op 22 oktober 2024 heeft verzoekster alsnog aanvullende informatie aan de zorgverzekeraar gestuurd. Vervolgens heeft de zorgverzekeraar verzoekster bij brief van 1 november 2024 meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 januari 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.6. Bij brief van 5 juni 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 18 augustus 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 zorgverzekeraar gehouden is de kosten die verband houden met de in Frankrijk uitgevoerde vascularized lymph node transfer (VLNT) bij lymfoedeem na borstkanker, te weten een bedrag van € 10.015,06 voor de ingreep en € 250,-- aan reiskosten, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij brief van 19 november 2024 toegelicht dat zij een medische voorgeschiedenis van borstkanker heeft. Hiervoor heeft zij in februari 2011 een mastectomie met okselkliertoilet ondergaan. Het betrof een 8 cm groot graad III ductaal carcinoom van de linkerborst, ER/PR positief en HER2-Neu positief, met zestien aangedane lymfeklieren met extra nodale groei en een positieve topklier (pT3N3M). Als gevolg van deze oncologische ingreep heeft verzoekster ernstig lymfoedeem ontwikkeld in haar linkerarm. Dit lymfoedeem is therapieresistent gebleken en leidt tot substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren van verzoekster. Daarbij is er sprake van recidiverende erysipelas (wondroos) in de aangedane arm.
Na doorverwijzing door haar huisarts en internist-oncoloog heeft verzoekster zich gewend tot een arts verbonden aan de Ambroise Paré kliniek. Na uitgebreid onderzoek is geconstateerd dat verzoekster een indicatie heeft voor een lymfekliertransplantatie. Na uitvoerige consultaties in Nederland, België en Frankrijk is verzoekster op 16 september 2024 behandeld in de Ambroise Paré kliniek te Neuilly-sur-Seine, Frankrijk. Deze behandeling betrof (a) complete resectie van weefsel rond de femorale arterie en vene; (b) verwijdering van oppervlakkige lymfevaten en klieren; (c) microchirurgische transplantatie van lymfeklieren; en (d) liposculptuur van de aangedane arm. De behandeling is niet op eigen initiatief ondergaan, maar na zorgvuldig vooroverleg en met uitdrukkelijke doorverwijzing van zowel de huisarts als de behandelend internist-oncoloog. In september 2024 heeft verzoekster bovendien tweemaal telefonisch contact

gehad met de zorgverzekeraar, waarbij zij heeft aangegeven dat zij een lymfeklieranalyse en -transplantatie zou ondergaan in Frankrijk.

Van belang is verder dat verzoekster in 2015 reeds een soortgelijke ingreep heeft ondergaan in het UZ Gent. Deze behandeling is echter niet succesvol gebleken. De behandelend arts heeft bij onderzoek kunnen vaststellen dat dit te wijten was aan een onjuiste uitvoering van de behandeling. Dit onderstreept het belang van het ondergaan van de behandeling bij een expert, zoals de behandelend arts in Frankrijk.

- 3.3. Verzoekster heeft opgemerkt dat het geschil zich toespitst op de vraag of de in Frankrijk uitgevoerde behandeling voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, zoals bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering. Ingevolge artikel 10, onder a, van de Zorgverzekeringswet heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van geneeskundige zorg. Artikel 11, derde lid, van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ dient volgens vaste jurisprudentie te worden beoordeeld aan de hand van de principes van evidence-based medicine. Dit betekent dat moet worden bepaald welke klasse van ‘evidence’ aan het beschikbare wetenschappelijke bewijs kan worden toegekend en welke conclusie hieruit volgt conform vaste jurisprudentie. Het begrip kan daarbij alleen internationaal worden uitgelegd en dient dus niet louter gebaseerd te zijn op wat in Nederland ‘gebruikelijk’ is.
- 3.4. De behandelend arts in Frankrijk is wereldwijd erkend als pionier en expert op het gebied van lymfekliertransplantaties. Zij heeft een indrukwekkende wetenschappelijke bibliografie met meer dan 40 jaar aan peer-reviewed publicaties over deze behandelmethode. Hieruit blijkt onomstotelijk dat (a) de techniek van lymfekliertransplantatie sinds de jaren '80 is doorontwikkeld tot een veilige en effectieve behandelmethode; (b) er langetermijnresultaten beschikbaar zijn die de duurzame effectiviteit aantonen, en (c) de behandeling internationaal is geaccepteerd als reconstructieve chirurgie na oncologische ingrepen. Sinds 1988 heeft de behandelend arts baanbrekend onderzoek verricht naar de effectiviteit van lymfekliertransplantaties. In haar eerste publicatie in het Journal des maladies vasculaires (Becker & Hidden, 1988) heeft zij de anatomische basis en microchirurgische techniek van deze behandelmethode reeds beschreven. Dit werk werd gevolgd door tientallen peer-reviewed publicaties die de effectiviteit van de techniek hebben aangetoond. In 2006 heeft de behandelend arts in de Annals of Surgery de resultaten van een langetermijnstudie naar de resultaten van microchirurgische lymfekliertransplantatie bij postmastectomie lymfoedeem gepubliceerd. Bij 12 van de 24 patiënten werd een significante verbetering bereikt, terwijl 10 patiënten volledige normalisatie van de armomtrek vertoonden. In 2014 heeft zij in het European Journal of Lymphology een gerandomiseerde studie, waarbij 62.5% van de patiënten na de operatie kon stoppen met fysiotherapie, gepubliceerd. In 2016 volgde een publicatie van de behandelend arts in het Journal of Microsurgery van een gerandomiseerde gecontroleerde studie die een gemiddelde volumereductie van 57% aantoonde in de behandelgroep versus 18% in de controlegroep. In haar meest recente publicatie uit 2022 ("Guérir du Lymphoedème: Histoires et Avancées Médicales") heeft zij een uitgebreide analyse van verbeterde diagnostische methoden en geoptimaliseerde behandelprotocollen gepresenteerd. De technische uitvoerbaarheid en veiligheid van de procedure is uitgebreid gedocumenteerd in publicaties van de behandelend arts in vooraanstaande chirurgische tijdschriften, waaronder The European Journal of Lymphology (2001): beschrijving van de gecombineerde techniek met minimale donor-site morbiditeit, Clinical Plastic Surgery (2012): gedetailleerde analyse van de chirurgische techniek en lange-termijn resultaten, en Annals of Plastic Surgery (2017): specifieke studie naar de toepassing bij post- mastectomie lymfoedeem. Het standpunt van de zorgverzekeraar dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor de behandeling is, gelet op het voorgaande, onjuist en juridisch onhoudbaar. Zijn verwijzing naar de richtlijnen database is bovendien selectief en achterhaald.

De zorgverzekeraar stelt ten onrechte dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit en dat de behandeling niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Hiermee miskent de zorgverzekeraar dat wetenschappelijk bewijs volgens vaste jurisprudentie moet worden beoordeeld volgens de systematiek van Evidence Based Medicine. Deze systematiek vereist niet dat er voor elke behandeling gerandomiseerde studies beschikbaar zijn. De Centrale Raad van Beroep heeft in zijn uitspraak van 9 januari 2013 (ECLI:NL:CRVB:2013:BY8885) expliciet overwogen dat ook andere vormen van bewijs kunnen volstaan, mits deze van voldoende methodologische kwaliteit zijn. Ten aanzien van de bij verzoekster uitgevoerde behandeling geldt dat er een overstelpende hoeveelheid bewijs bestaat. Zo is er een uitgebreide serie peer-reviewed publicaties over een periode van meer dan 40 jaar, waaronder een gerandomiseerde gecontroleerde studie uit 2016 in het Journal of Microsurgery, die een volumereductie van 57% aantoonde in de behandelgroep versus 18% in de controlegroep. Daarnaast bestaan er langetermijn follow-up studies die de duurzaamheid van de resultaten bevestigen, zoals de retrospectieve analyse uit 2008, gepubliceerd in het European Journal of Lymphology, die aantoonde dat 62.5% van de patiënten na de operatie kon stoppen met fysiotherapie, en een longitudinale cohortstudie uit 2006, gepubliceerd in de Annals of Surgery, die bij 22 van de 24 patiënten significante verbetering of volledige normalisatie aantoonde. Verder geldt dat er internationale erkenning van de techniek bestaat binnen de reconstructieve chirurgie. De zorgverzekeraar geeft een te beperkte uitleg aan het begrip 'stand van de wetenschap en praktijk'. De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) bepaald dat bij de beoordeling hiervan niet alleen naar nationale standaarden moet worden gekeken, maar ook naar de internationale 'stand van de wetenschap en praktijk'.

De door de behandelend arts ontwikkelde en toegepaste techniek wordt internationaal erkend als state-of-the-art behandeling voor ernstig lymfoedeem na oncologische ingrepen. Dit blijkt onder meer uit: (a) haar meer dan 40-jarige wetenschappelijke bibliografie met meer dan 100 peer-reviewed publicaties; (b) haar pionierswerk op het gebied van lymfatische reconstructieve chirurgie, gedocumenteerd sinds 1988, en (c) de consistente positieve resultaten die zij heeft gepubliceerd in toonaangevende tijdschriften als Annals of Surgery, Clinical Plastic Surgery en The European Journal of Lymphology.

De behandelend arts heeft bovendien in talrijke publicaties het werkingsmechanisme van de procedure wetenschappelijk onderbouwd. Zo wordt in haar werk uit 1991 in het European Journal of Lymphology en haar latere publicaties uit 2012 en 2014 het succes van de procedure toegeschreven aan: (a) lymfangiogenese, gestimuleerd door de productie van VEGF-C in het transplantaat, (b) het "pump-effect" van de getransplanteerde lymfeklieren, en (c) de vorming van nieuwe lymfatische verbindingen tussen donor- en ontvangerweefsel.

De verwijzing door de zorgverzekeraar naar de Nederlandse richtlijndatabase is niet alleen selectief maar ook in strijd met de jurisprudentie van de Hoge Raad over de internationale dimensie van het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

- 3.5. De zorgplicht van artikel 11 van de Zorgverzekeringswet brengt met zich dat de zorgverzekeraar de aangevraagde zorg dient te vergoeden nu deze valt onder de verzekerde prestaties, voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', en voor verzoekster medisch noodzakelijk is gezien haar ernstige klachten.
- 3.6. Bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 22 juli 2025, heeft verzoekster haar standpunten herhaald. In aanvulling hierop heeft verzoekster toegelicht dat zij dertien jaar geleden kanker heeft overwonnen. Sindsdien zit zij gevangen in een lichaam dat haar dagelijks pijn doet door ernstig lymfoedeem. Verzoekster voldoet aan alle criteria voor medische noodzakelijkheid. Zij is bekend met therapieresistent lymfoedeem na dertien jaar, er is sprake van recidiverende infecties (erysipelas) en zij heeft invaliderende klachten die het dagelijks leven beheersen. Verzoekster is door Nederlandse en Belgische artsen doorverwezen. Na het falen van alle conservatieve behandelingen en een mislukte operatie in België, vond verzoekster eindelijk genezing bij een specialist in Frankrijk. De omvang van de arm is binnen één

maand afgenomen. Het invaliderende oedeem is verdwenen. De normale functionaliteiten zijn hersteld en er zijn geen complicaties ontstaan. Dit zijn geen subjectieve verbeteringen, maar objectieve, meetbare resultaten die de effectiviteit van de behandeling bewijzen.

Terwijl Nederland er nog over discussieert, wordt deze behandeling wereldwijd als standaardtherapie erkend. Het International Society of Lymphology Consensus Document 2020 erkent lymfekliertransplantatie als effectieve behandeling bij zorgvuldig geselecteerde patiënten. De zorgverzekeraar heeft vóór de behandeling contact gehad met verzoekster. Hij had de kans om tijdig bezwaar te maken, maar deed dit niet. Het achteraf afwijzen van de behandeling is procedureel onjuist. De zorgverzekeraar negeert bewust de internationale literatuur. Hij beperkt zich tot één Nederlandse richtlijn waarin wordt erkend dat er onvoldoende Nederlandse data zijn, juist omdat Nederland achterblijft bij internationale ontwikkelingen.

Artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering bepaalt dat wie zich beroept op rechtsgevolgen van door hem gestelde feiten, de bewijslast van die feiten draagt. Verzoekster heeft uitgebreid bewezen dat de behandeling effectief en veilig is. De zorgverzekeraar heeft hiervan geen tegenbewijs geleverd.

Verzoekster heeft dertien jaar geleden kanker verslagen. Zij verdient het niet om de rest van haar leven gevangen te blijven in een lichaam dat haar dagelijks pijn doet, terwijl genezing binnen handbereik lag en zij die ook heeft gevonden. De zorgverzekeraar heeft gefaald in zijn zorgplicht zoals vastgelegd in de Zorgverzekeringswet.

- 3.7. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop verklaard dat zij het niet eens is met het standpunt van de zorgverzekeraar en het voorlopig advies van het Zorginstituut. Door fouten van de zorgverzekeraar is zij op het verkeerde spoor gezet. In 2014/2015 heeft verzoekster een borstreconstructie ondergaan in het UZ Gent. De behandelend arts wilde ook de lymfeklieren behandelen. Deze arts was opgeleid door de Franse arts. Bij verzoekster ging het niet zomaar om een oedeemkwesie. Haar situatie was vreselijk. De arm van verzoekster was dik en warm. Zij kreeg om de week antibiotica van de huisarts of werd met spoed opgenomen in het ziekenhuis en kreeg daar dan een infuus. Het werd steeds erger en verzoekster wist zich geen raad meer. Op enig moment wilde zij liever dat haar arm werd afgezet. Zij is niet bewust naar het buitenland gegaan voor een operatie. Tijdens een bezoek aan haar dochter is verzoekster in een Frans ziekenhuis beland. Daar is een afspraak gemaakt met een arts. Deze zei dat zij haar beter kon maken. Vervolgens is de operatie uitgevoerd. Tijdens de controle een maand later bleek dat de operatie succesvol was geweest. De arm was geslonken en het vocht was er uit. Verzoekster is sinds vorig jaar augustus niet meer in het ziekenhuis geweest. Er hebben geen spoedopnames meer plaatsgevonden. Door de operatie zijn genoeg bloedbaantjes aangemaakt. Gelet op het succes van ingreep zou de zorgverzekeraar zijn standpunt moeten wijzigen. De zorgverzekeraar heeft om aanvullende informatie gevraagd. Het heeft tijd en moeite gekost om deze informatie aan te leveren. Vervolgens heeft de zorgverzekeraar de aanvraag afgewezen. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft de beschikbare onderzoeken beoordeeld, maar heeft ten onrechte alleen gekeken naar Nederlandse onderzoeken. De zorgverzekeraar zou ook moeten kijken naar onderzoeken die in het buitenland zijn gedaan.

Verzoekster heeft voorts toegelicht dat de Franse arts haar voorafgaand aan de operatie heeft gewezen op een onderzoek uit 2016, waaruit blijkt dat volumereductie het gevolg van de ingreep is. Op basis van deze informatie is besloten om de operatie te ondergaan. Deze informatie zou de zorgverzekeraar moeten meenemen in zijn beoordeling. Verder geldt dat de zorgverzekeraar onvoldoende overleg heeft gepleegd. De voorwaarde dat zorg moet voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' is begrijpelijk. In dit geval gaat het om een dusdanig gespecialiseerde arts dat daarmee is voldaan aan deze voorwaarde.

Verzoekster heeft verder aangevoerd dat er Franse onderzoeken van na 2020 beschikbaar zijn. Artsen die onderzoek doen naar het systeem van lymfekliertransplantaties hebben hierover gepubliceerd. In Nederland wordt nog steeds onderzoek gedaan. Als alleen wordt gekeken naar Nederlandse publicaties klopt het standpunt van de zorgverzekeraar. Echter, er moet ook worden

gekeken naar informatie uit andere landen. Als die informatie erbij wordt betrokken, is het bewijs geleverd. Daarbij komt dat verzoekster het levende bewijs is dat de behandeling werkt.

In juli of augustus 2024 is de aanvraag ingediend. De zorgverzekeraar heeft vervolgens om aanvullende informatie gevraagd. Op een gegeven moment was er te weinig tijd voordat de operatie zou plaatsvinden. De zorgverzekeraar heeft toen aangegeven dat de aanvraag na de operatie kon worden ingediend. Inmiddels zijn maanden verstreken. In de tussentijd heeft de zorgverzekeraar niet kunnen inzien dat de zorg voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

- 3.8. Bij bericht van 15 augustus 2025 heeft verzoekster haar onvrede geuit over onder meer de zorgverzekeraar en het Zorginstituut.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de in Frankrijk uitgevoerde lymfeklieranalyse en -transplantatie niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hij heeft in zijn reactie aan de commissie van 14 april 2025 verwezen naar zijn brief van 8 januari 2025 aan verzoekster. In zijn brief van 8 januari 2025 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat buitenlandzorg is geregeld in de artikelen B.2.1 en B.2.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De zorgverzekering heeft werelddekking. Dit betekent dat verzoekster ook buiten Nederland verzekerd is voor dezelfde zorg en in dezelfde omvang als binnen Nederland, zoals beschreven in artikel B.2.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De zorg moet daarbij voldoen aan de voorwaarden zoals die gelden voor zorg in Nederland. De zorgaanbieder in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Indien sprake is van niet-planbare zorg die medisch noodzakelijk wordt bij een tijdelijk verblijf in het buitenland, heeft een verzekerde op basis van Verordening (EG) nr. 883/2004 en toepassingsverordening (EG) nr. 987/2009 het recht om te kiezen voor vergoeding conform de wettelijke regels van het gastland. Deze vergoeding komt dan in de plaats van de vergoeding vanuit de zorgverzekering. Het gaat om zorg die niet redelijkerwijs voorzienbaar was op het moment van vertrek naar het buitenland en niet redelijkerwijs kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Het bestaan van een onderliggende aandoening maakt alle daarmee verband houdende zorg niet automatisch redelijkerwijs voorzienbaar. Dit wordt beoordeeld aan de hand van de omstandigheden van het geval.

Als een verzekerde zelf naar een ander land gaat met het oogmerk daar zorg te betrekken, is het op grond van Verordening (EG) nr. 883/2004 en toepassingsverordening (EG) nr. 987/2009 onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor die zorg een vergoeding te krijgen conform de wettelijke regels van het land waar de zorg wordt afgenomen. Het gaat daarbij dus om planbare zorg. Hiervoor moet vooraf toestemming worden gevraagd bij de zorgverzekeraar. Het staat de zorgverzekeraar altijd vrij deze te verlenen, maar de toestemming mag niet worden geweigerd indien de desbetreffende behandeling behoort tot de verzekerde prestaties waarin het woonland voorziet, en die behandeling verzekerde, gelet op de gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in het woonland niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. Daarbij is van belang dat een zekere wachttijd medisch gezien aanvaardbaar is, ook indien dit voor een verzekerde mogelijk anders voelt. In het geval van verzoekster is geen sprake van zorg die tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland medisch noodzakelijk werd. Bovendien is niet voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, tweede lid, van Verordening (EG) nr. 883/2004. De zorgverzekeraar betwist namelijk dat sprake is van een verzekerde prestatie waarin de zorgverzekering voorziet. Hij heeft hierbij opgemerkt dat met de verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket in Nederland is beoogd.

- 4.2. De zorgverzekeraar licht toe dat op grond van de artikelen B.4.2 en B.4.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op medisch specialistische zorg. Het gaat daarbij om geneeskundige zorg, de bijbehorende aanvullende behandelingen of medicijnen, hulpmiddelen

en/of verbandmiddelen, laboratoriumonderzoek en verpleging. Bovendien moet alle zorg aan de algemene voorwaarden, zoals geformuleerd in artikel A.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering, voldoen, waaronder het criterium van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dit is het wettelijk criterium dat bepaalt dat er voldoende bewijs moet zijn dat de voorgestelde behandeling bij de indicatie van verzekerde op korte en lange termijn veilig en effectief is. De overheid heeft het criterium van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ in de Zorgverzekeringswet opgenomen om goede en veilige zorg te garanderen. De zorgverzekeraar heeft hierbij toegelicht hoe hij beoordeelt of zorg hieraan voldoet.

- 4.3. Volgens de zorgverzekeraar voldoet een lymfekliertransplantatie bij lymfoedeem niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. In de Nederlandse behandelrichtlijn voor lymfoedeem wordt aangegeven dat reconstructieve chirurgie alleen in studieverband toegepast dient te worden, waarbij de kwaliteit van het bewijs van reconstructieve chirurgie bij lymfoedeem als “zeer laag” geldt. In deze richtlijn is ten aanzien van de kwaliteit van het bewijs het volgende opgenomen: *“De cruciale uitkomstmaat kwaliteit van leven werd in geen van de studies gerapporteerd. Daarnaast ontbreekt de uitkomstmaat ernst van lymfoedeem volgens patiënten in twee van de vier vergelijkingen. De bewijskracht voor de diverse uitkomstmaten is verlaagd tot zeer laag, vanwege beperkingen in de heterogeniteit van de patiëntenpopulatie, behandeltechniek en methodologie. Daarnaast werden er in meerdere studies te weinig patiënten geïncludeerd en ontbreken er in Dionyssiou et al. (2016) gegevens waardoor de nauwkeurigheid van het effect niet bepaald kon worden.”*

De richtlijn maakt ten aanzien van reconstructieve chirurgie bij lymfoedeem nog onderscheid tussen VLNT (lymfekliertransplantatie) en LVA (lymfo-veneuze anastomose), waarbij ten aanzien van beide ingrepen echter wordt benadrukt dat vergelijkende studies met bijvoorbeeld conservatieve behandeling niet voorhanden zijn. Weliswaar wordt bij bepaalde indicaties gesteld dat VLNT of LVA kan worden overwogen, maar dit ziet op de medische indicatie (conform de richtlijn, in studieverband), en niet op de vraag of de zorg verzekerd is. Dit wordt beoordeeld aan de hand van de kwaliteit van bewijs. Deze is ten aanzien van reconstructieve chirurgie en VLNT echter zeer laag. Om te kunnen concluderen dat een lymfekliertransplantatie bij lymfoedeem voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is verder onderzoek naar de effectiviteit van deze behandeling nodig.

- 4.4. De zorgverzekeraar heeft hierbij benadrukt dat de bewijslast voor de stelling dat aanspraak bestaat op vergoeding van de zorg ten laste van de zorgverzekering, conform de hoofdregel van artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke rechtsvordering (Rv), in beginsel bij verzoekster rust. Dat zij mogelijk baat heeft gehad bij de uitgevoerde behandeling is onvoldoende om te concluderen dat deze ook verzekerd is. Zorg die niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ kan niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, omdat geen sprake is van een verzekerde prestatie.

Verder heeft de zorgverzekeraar verklaard dat het de behandelend arts vrij staat een indicatie te stellen voor een behandeling die naar Nederlandse maatstaven niet tot het verzekerde basispakket behoort. De vraag of verzoekster in medisch opzicht baat heeft bij de ingreep, is een andere dan die of de gevraagde behandeling ook moet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De indicatiestelling door de arts wordt als zodanig dan ook niet betwist.

- 4.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij begrip heeft voor de keuze van verzoekster om uit te kijken naar een arts in Frankrijk als deze aangeeft dat een oplossing mogelijk is. Dit geldt te meer als het gaat om een expert die kan laten zien dat zij een effectieve oplossing heeft. Het is begrijpelijk dat een verzekerde vergoeding van een dergelijke behandeling wenst en ervan uitgaat dat de behandeling ook voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dit is echter niet hoe het systeem werkt. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 8 januari 2025 uitgelegd dat niet is voldaan het vereiste dat zorg moet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Ook het advies van het Zorginstituut gaat hierover. Dit betreft een wettelijk vereiste dat ook is

opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering. Zorg die niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, komt niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Om te kunnen spreken van zorg die voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ moet er voldoende wetenschappelijke literatuur voorhanden zijn en moet de juiste beoordelingsmethode zijn toegepast. Bij het beoordelen van de aanvraag van verzoekster heeft de zorgverzekeraar gekeken naar de meest actuele richtlijn. Hieruit is gebleken dat meer onderzoek nodig is en dat de behandeling alleen in studieverband wordt toegepast. De zorgverzekeraar is uitgegaan van literatuur tot en met 2020. Op basis van de geldende en meest actuele richtlijn ziet de zorgverzekeraar geen reden om een ander standpunt in te nemen. Dat de behandeling voor verzoekster effectief is geweest, maakt niet dat de zorg ook voor vergoeding in aanmerking komt. De zorg voldoet namelijk nog steeds niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

De zorgverzekeraar heeft zich bij de beoordeling niet beperkt tot de Nederlandse literatuur of literatuur die binnen de Nederlandse landsgrenzen beschikbaar is. Er is ook gekeken naar literatuur uit het buitenland. Het Zorginstituut heeft ook de door verzoekster overgelegde literatuur betrokken in zijn advies. Er moet worden gekeken naar de kwaliteit van het bewijs en de resultaten van het onderzoek dat is uitgevoerd. Er moeten onderzoeken van voldoende kwaliteit zijn om te kunnen zeggen dat de behandeling voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dat is op dit moment niet het geval. Er lopen nog studies en er worden resultaten verwacht. Echter, het huidige standpunt van de zorgverzekeraar is dat de zorg niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De zorgverzekeraar weet niet of dat op korte termijn verandert. Dat hangt van de onderzoeken en publicaties af.

4.6. Bij brief van 11 augustus 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunten herhaald.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 5 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

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

Het behandel-effect moet zijn aangetoond in goed opgezette wetenschappelijke studies, en voor wat betreft toepassing in de praktijk blijkt dit veelal uit (onderbouwde) richtlijnen, consensusdocumenten of zorgstandaarden.

Om te beoordelen of VNLT voldoet aan ‘stand van de wetenschap en praktijk’ heeft het Zorginstituut een inventarisatie gedaan van (internationale) richtlijnen en wetenschappelijke publicaties met betrekking tot deze diagnose-behandel combinatie.

Nederlandse richtlijn

In de Nederlandse Specialistenrichtlijn Lymfoedeem is paragraaf 7.2 gewijd aan Reconstructieve (micro)chirurgie van lymfoedeem. De richtlijn is op 28 december 2023 beoordeeld door de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV).

In de richtlijn worden twee microchirurgische behandelingen van lymfoedeem besproken: VLNT, en het aanleggen van een verbinding tussen het lymfevat en de ader (lymfo-veneuze anastomose (LVA)). Door de richtlijnmakers werd een uitvoerige literatuursearch (tot oktober 2020) verricht inclusief GRADE beoordeling (zie paragraaf 7.2 Onderbouwing). De conclusie was dat de bewijskracht van de effectiviteit en veiligheid van zowel VLNT als LVA verlaagd tot zeer laag was. De richtlijn vermeldt het volgende: “De cruciale uitkomstmaat kwaliteit van leven werd in geen van de studies gerapporteerd (...) De bewijskracht voor de diverse uitkomstmaten was verlaagd tot zeer laag, vanwege beperkingen in de heterogeniteit van de patiëntenpopulatie, behandeltechniek en methodologie. Daarnaast werden er in meerdere studies te weinig patiënten geïncludeerd en ontbreken er in de RCT van Dionyssiou et al. (2016) gegevens waardoor de nauwkeurigheid van het effect niet bepaald kon worden.”

In de richtlijn wordt dan ook geadviseerd om reconstructieve (micro)chirurgie alleen toe te passen in het kader van een studie. De richtlijn beschrijft twee lopende RCT's naar de (kosten)effectiviteit van microchirurgische behandeling van (borst)kanker gerelateerd lymfoedeem. De studies betreffen echter alleen LVA.

Internationale richtlijnen

Er werd slechts één document gevonden. Uit het consensus rapport van de International Society of Lymphology uit 2020 blijkt dat VLNT samen met afdoende conservatieve lymfoedeem behandeling (zoals compressietherapie) effectief is bij zorgvuldig geselecteerde patiënten en indien verricht door een ervaren lymfoedeem chirurg. Het betreft een consensusdocument zonder uitvoerige wetenschappelijke verantwoording. Dit wordt opgevat als expert opinion en is niet volgens de GRADE beoordeling gewaardeerd.

Wetenschappelijke publicaties

Om de effectiviteit van VLNT bij lymfoedeem (na borstamputatie) aan te tonen, is een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek (RCT) van voldoende grootte noodzakelijk. De relatieve effectiviteit van de interventie wordt hierbij bepaald, dus de effectiviteit van VLNT in relatie tot de gebruikelijke behandeling van lymfoedeem. Dit betreft dan conservatieve therapie zoals fysiotherapie of compressietherapie.

Aangezien in genoemde Nederlandse specialistenrichtlijn al een uitvoerig literatuuronderzoek is gedaan tot oktober 2020, werd op 1 mei 2025 werd door het Zorginstituut een aanvullende literatuursearch uitgevoerd in de databases Embase, Medline en Cochrane Central. Er werd vanaf oktober 2020 tot heden gezocht naar klinische studies, bij voorkeur RCT's, en systematische reviews.

De zoekactie leverde 50 artikelen op. In 46 artikelen was het lymfoedeem niet kankergerelateerd, betrof de behandeling toch geen VLNT of was het studiedesign geen RCT. Uiteindelijk bleven er vier artikelen over, waarvan drie systematische reviews. In één van de gevonden systematische reviews werd een nieuwe RCT gevonden. Daarnaast werd in een vierde artikel het studieprotocol van een RCT met VLNR beschreven.

RCT

Abdelfattah et al. onderzochten in een RCT met dertig patiënten met borstkanker gerelateerd lymfoedeem (BCRL) de effectiviteit van VLNR (acht patiënten de elleboog of pols en zeven patiënten de oksel als ontvangstlocatie van de lymfklieren) versus conservatieve therapie. De gemiddelde follow-up was dertig maanden. Uitkomsten waren de armomtrek, het armvolume en infectie. De gemiddelde afname van armomtrek was statistisch significant groter in de met VLNT behandelde groep dan in de conservatief behandelde groep. Er waren geen statistisch significante verschillen tussen de subgroep die de lymfklieren in de elleboog of pols ontving ten opzichte van de oksel. Het aantal infecties (per twaalf maanden) in de operatief behandelde groep nam

statistisch significant meer af ten opzichte van de conservatief behandelde groep. Ook de pijn en een zwaar gevoel in de arm namen af, en de armfunctie nam toe. Geconcludeerd werd, dat VLNT in de oksel of onderarm een effectieve behandeling is voor BCRL.

Systematische reviews

Gasteratos et al. onderzocht in een systematische review (2021) de huidige data met betrekking tot de cruciale uitkomsten kwaliteit van leven, armomtrek en armvolume bij patiënten met BCRL, na interventie met VLNT of VLA. De follow-up was drie jaar. Er werden 69 (observationele) studies geselecteerd, waaronder slechts een studie met betrekking tot VLNT. De behandeling en de data waren dermate heterogeen, dat er geen systematische review of meta-analyse van te maken waren.

In een tweede systematische review en meta-analyse uit 2022 onderzochten Winters et al. bewijs voor de effectiviteit van VLNR bij patiënten met BCRL.

De follow-up was zes maanden tot acht jaar, de primaire uitkomsten waren armvolume en kwaliteit van leven. Er werden zeventien observationele studies gevonden voor de systematische review. In acht van deze zeventien studies kon een meta-analyse worden uitgevoerd (581 patiënten). Het armvolume reduceerde met 40%, de kwaliteit van leven nam toe. Aangegeven werd dat meer trials nodig zijn om deze bevindingen te bevestigen en VLNT te vergelijken met conservatieve behandeling.

De derde systematische en recente review was van Lilja et al. uit 2024. Hierbij werd de effectiviteit van drie chirurgische behandelingen van BCRL binnen de behandelarm (dus niet vergeleken met conservatieve therapie) geanalyseerd: LVA, VLNT en liposuctie. De follow-up was 6 tot 78 maanden. Primaire uitkomsten waren armvolume, lymfatische flow en de lymfoedeem specifieke kwaliteit van leven. Er werden 73 studies gevonden met in totaal 2373 patiënten. Bij 31 studies (914 patiënten) was VLNT verricht. Hierbij waren de twee eerder genoemde RCT's van Dionyssou en Abdelfattah. Het armvolume nam na VLNT gemiddeld af met 43.6%, de lymfatische flow werd in zeven studies, en vooral kwalitatief, beschreven, en nam bij 66% van de patiënten (enigszins) toe. De in zeven studies gemeten lymfoedeem specifieke kwaliteit van leven nam gemiddeld met 3.7 punten toe op een schaal van 0 tot 10. Wel werden verschillende vragenlijsten gebruikt. Een meta-analyse op de uitkomsten was onmogelijk vanwege de heterogeniteit van de meetmethoden. Zo werden er negen verschillende manieren gevonden om lymfoedeem te classificeren, en verschillende locaties op de arm om de armomtrek te meten. Ook waren de interventies heterogeen, zoals bijvoorbeeld ten aanzien van de donorlocatie (lies of omentum) en de ontvangstlocatie (pols of oksel) van de lymfklieren. De conclusie was dat goed opgezette trials ontbreken om de effectiviteit van de microchirurgische behandeling van lymfoedeem aan te tonen.

In de gevonden reviews was bias (vertekening) niet uit te sluiten, aangezien het geen RCT's betroffen, met uitzondering van de genoemde studies van Dionyssou en Abdelfattah.

Lopende studie

In de publicatie van Kappos et al. werd het studieprotocol van een RCT beschreven van VLNT of VLA versus conservatieve therapie bij patiënten met BCRL. Groep A (beoogd aantal patiënten is 126) krijgt LVA en/of VLNT met of zonder liposuctie, groep B (ook 126 patiënten) alleen een conservatieve behandeling. De primaire studieduur is 24 maanden, met na drie en tien jaar een follow-up meting van het lymfoedeem en de oncologische status. De primaire uitkomst is de lymfoedeem specifieke kwaliteit van leven. Dit is een patiënt gerapporteerde uitkomstmeting. Naar verwachting wordt de studie in september 2027 primair afgerond. Lopende studies kunnen wegens het ontbreken van resultaten niet worden meegewogen in de beoordeling van de stand van de wetenschap en de praktijk.

Door verzoekster aangeleverde studies

Het dossier bevat vele tientallen door verzoekster aangeleverde studies. De studies bevatten een RCT, welke reeds is besproken (Dionyssou).

Verder betreffen dit voordrachten op conferenties, studies waarin de chirurgische techniek van VLNT werd uitgelegd, en ook case studies en observationele studies over het behandelingseffect van VLNT bij (secundair) lymfoedeem. Goed opgezette en uitgevoerde RCT's met voldoende deelnemers ontbreken. Een RCT van voldoende kwaliteit, grootte en follow-up is noodzakelijk voor een accurate en betrouwbare analyse van de effectiviteit van VLNT bij lymfoedeem na borstkanker.

Conclusie richtlijnen en publicaties

In de Nederlandse richtlijn, met uitvoerige wetenschappelijke verantwoording, wordt VLNT alleen aanbevolen in studieverband.

De meest opvallende conclusie vanuit de aanvullende literatuursearch was dat de studies heterogeen van aard waren met betrekking tot meetmethoden, interventies en uitkomsten. Hierdoor was het moeilijk om data te aggregeren voor systematische review of meta-analyse.

Data van goed opgezette trials ontbreken nog om de effectiviteit van VLNT aan te tonen. Weliswaar leverde de gevonden RCT van Abdelfattah statistisch significante uitkomsten op in het voordeel van VLNT. Dit was echter een kleine studie met een grote mate van onzekerheid over de grootte van het effect. De overige gevonden studies waren observationeel van aard, dus bij voorbaat met een kleine bewijskracht. Momenteel loopt een grote RCT van Kappos met dezelfde onderzoeksvraag. Wellicht kan deze RCT in de toekomst de vraag beantwoorden, of behandeling van VLNT bij BCRL effectief en veilig is ten opzichte van conservatieve therapie.

Gelet op het voorgaande voldoet de behandeling VLNT vooralsnog niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Een lymfkliertransplantatie met toepassing van vascularized lymph node transfer bij een lymfoedeem na borstkanker (VLNT) voldoet 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: Een lymfkliertransplantatie met toepassing van vascularized lymph node transfer bij een lymfoedeem na borstkanker (VLNT) maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

6. Bevoegdheid van de commissie

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

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en de 'stand van de wetenschap en praktijk' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van de

Verordening (EG) nr. 883/2004 en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. Verzoekster is naar Frankrijk, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken omdat zij al jarenlang kampte met gezondheidsklachten die een uitvloeisel waren van een in 2011 door haar ondergane behandeling vanwege borstkanker. De commissie heeft begrip voor de wens van verzoekster een oplossing te vinden voor deze gezondheidsklachten en haar keuze daartoe een nieuwe medische behandeling te ondergaan. Zij dient echter te beoordelen of deze in Frankrijk ondergane behandeling voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Dat is een andere vraag en daartoe overweegt de commissie als volgt.
- 7.3. Er is in dit geval sprake van planbare zorg, waarop artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 van toepassing is. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar weliswaar om voorafgaande toestemming gevraagd, maar het antwoord hierop niet afgewacht en de behandeling op 16 september 2024 ondergaan. Hierbij geldt dat onweersproken is gesteld dat de ingediende aanvraag niet compleet was, en dat door de zorgverzekeraar om aanvullende informatie werd gevraagd. Een dergelijk geval moet gelijk worden gesteld aan de situatie waarin geen voorafgaande toestemming is gevraagd. Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Hof van Justitie volgt dat de verordening dan buiten toepassing blijft. In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan niet van een verzekerde kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd, althans de beslissing op die aanvraag wordt afgewacht. In dit geval zijn dergelijke bijzondere omstandigheden gesteld, noch gebleken. Dit betekent dat de aanspraak op vergoeding van de gemaakte kosten dient te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.4. De door verzoekster ondergane vascularized lymph node-transfer bij lymfoedeem na borstkanker betreft medisch specialistische zorg. Voor medisch specialistische zorg biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op de pagina's 101 tot en met 114 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het daar gestelde is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. De zorgverzekeraar heeft vergoeding geweigerd met als reden dat de in geding zijnde behandeling niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' als bedoeld in artikel A.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering, zodat geen sprake is van verzekerde zorg. Genoemd criterium is opgenomen in artikel 2.1, tweede lid, Bzv.
- 7.5. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie voor vraagstukken als deze advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 is zo'n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. De praktijk bepaalt echter niet of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.
- 7.6. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat het op systematische wijze gezochte en geselecteerde bewijs op een

transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan, of moet worden, genomen.

Voor het beoordelen of een interventie (diagnostiek of behandeling) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk wordt uitgegaan van relatieve effectiviteit. Dit betreft het geheel aan effecten op gunstige en ongunstige uitkomsten van de interventie bij de doelgroep in vergelijking met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:

- (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van patient, intervention, comparator, outcomes, time, setting, ook wel PICO(ts)-vragen;
- (2) systematische literatuursearch;
- (3) samenvatten van het bewijs;
- (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs; en
- (5) van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.

Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport van 11 april 2023 verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever. De commissie neemt dat dan ook tot uitgangspunt.

- 7.7. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de bij verzoekster uitgevoerde vascularized lymph node-transfer (VLNT) bij lymfoedeem na borstkanker (BCRL). Het advies van 5 juni 2025 bevat hiervan de uitkomst. Het Zorginstituut heeft toegelicht dat VLNT in Nederlandse richtlijnen, met uitvoerige wetenschappelijke verantwoording, alleen wordt aanbevolen in studieverband. De meest opvallende conclusie vanuit de door het Zorginstituut op 1 mei 2025 uitgevoerde aanvullende literatuursearch was dat de studies heterogeen van aard waren met betrekking tot meetmethoden, interventies en uitkomsten. Hierdoor was het moeilijk om data te aggregeren voor systematische review of meta-analyse. Data van goed opgezette trials ontbreken nog om de effectiviteit van VLNT aan te tonen. Weliswaar leverde de gevonden RCT van Abdelfattah statistisch significante uitkomsten op in het voordeel van VLNT, maar dat betrof een kleine studie met een grote mate van onzekerheid over het effect. De overige gevonden studies waren observationeel van aard en dergelijke studies hebben bij voorbaat, in het kader van de voorliggende rechtsvraag, een kleine bewijskracht. Momenteel loopt een grote RCT van Kappos met dezelfde onderzoeksvraag. Wellicht kan deze RCT in de toekomst de vraag beantwoorden of behandeling van VLNT bij BCRL effectief en veilig is ten opzichte van conservatieve therapie. Daarop kan de commissie met dit bindend advies evenwel niet vooruitlopen. Daarbij komt mede betekenis toe aan het feit dat het Zorginstituut tot de conclusie komt dat VLNT bij lymfoedeem na borstkanker, in ieder geval vooralsnog, niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en daarom geen deel uitmaakt van het basispakket.

De commissie ziet in het door verzoekster gestelde geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken. Het Zorginstituut heeft vastgesteld dat de Nederlandse richtlijn gedegen is onderbouwd. Aanvullend hierop heeft het Zorginstituut zelf onderzoek gedaan naar nadien verschenen internationale wetenschappelijke publicaties. Tevens is de door verzoekster aangeleverde literatuur beoordeeld en bij het advies betrokken. Zoals hiervoor is toegelicht, is door het Zorginstituut hierbij gebruik gemaakt van de GRADE-methodiek, waaruit volgt dat soms met bewijs van lagere kwaliteit genoeg kan, of moet, worden genomen. Het beroep van verzoekster op artikel 150 Rv slaagt niet, zo ook haar stelling dat de zorgverzekeraar bekend was met haar voornemen de operatie te ondergaan en hiertegen – tijdig – bezwaar had kunnen maken. Uitgangspunt is dat alleen zorg die voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ tot de

verzekerde prestaties behoort, terwijl uit de jurisprudentie volgt dat degene die aanspraak maakt op vergoeding van de kosten moet aantonen dat aan deze (en andere toepasselijke voorwaarden) is voldaan. Hierin is verzoekster niet geslaagd. Dat de operatie in haar geval succesvol is geweest, de behandelend arts in Frankrijk een specialist is op dit gebied, en de ingreep elders vaker wordt toegepast is onvoldoende om te concluderen dat wél aan genoemd criterium is voldaan. Van schending van de zorgplicht als bedoeld in artikel 11 Zvw is onder de gegeven omstandigheden geen sprake, nu deze alleen betrekking heeft op verzekerde zorg en andere diensten op grond van de zorgverzekering. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Frankrijk ondergane behandeling ten laste van de zorgverzekering.

- 7.8. Verzoekster heeft daarnaast vergoeding van de door haar gemaakte reiskosten ten bedrage van € 250,- gevorderd. De zorgverzekering kent onder voorwaarden dekking voor vervoerskosten, maar alleen voor zover deze samenhangen met verzekerde zorg op grond van de Zvw of de Wet langdurige zorg (Wlz). Aan die voorwaarde is in dit geval niet voldaan, zodat voor vergoeding van deze kosten geen grond bestaat.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 augustus 2025,

B.L.A. van Drunen

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Artikel 64

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

Artikel 114

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

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

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

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

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Skinvision (artikel B.4.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 % voor skinvision.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor medisch specialistische zorg; en
- Vergoeding van 100 %, maximaal 3 jaar (1095 dagen) voor opname bij medisch specialistische zorg.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Verloskundige.
- Medisch specialist.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Sportarts.
- Jeugdarts.
- Bedrijfsarts.
- Optometrist of orthoptist.

Deze zorgverlener mag bij oogaandoeningen verwijzen naar een oogarts.

- GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Triage-audicien.

Een triage-audicien mag bij een gehooraandoening verwijzen naar een KNO-arts of audiologisch centrum.

- Klinisch fysicus-audioloog.

Een klinisch fysicus-audioloog mag verwijzen voor audiologische zorg

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in specifieke situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.

Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.

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

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Plastische chirurgie (artikel B.4.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

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

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.

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

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

Revalidatie

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Revalidatie.

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg wordt verleend in de vorm van:

- deeltijd- of dagbehandeling of
- opname, als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname.

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

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

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor revalidatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Geriatrische revalidatie (artikel B.4.6.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 6 maanden voor geriatrische revalidatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor orgaantransplantatie, zorg voor de ontvanger.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist.
- Verpleegkundige.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Waar vindt de behandeling plaats?

- Wettelijk erkend transplantatiecentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, tot maximaal 6 maanden na opname voor rekening van de ontvanger, na 6 maanden voor rekening van de donor voor zorg voor de donor bij levertransplantatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist.
- Verpleegkundige.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Waar vindt de behandeling plaats?

- Wettelijk erkend transplantatiecentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

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

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, tot maximaal 13 weken na opname voor rekening van de ontvanger , na 13 weken voor rekening van de donor voor zorg voor de donor bij overige orgaantransplantaties.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist.
- Verpleegkundige.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Waar vindt de behandeling plaats?

- Wettelijk erkend transplantatiecentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van € 131,40, per kwartaal voor elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- U kunt kosten per kwartaal declareren.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Vruchtbaarheidsbehandelingen IVF en ICSI (artikel B.4.14.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 42 jaar: vergoeding van 3 pogingen voor vruchtbaarheidsbehandelingen IVF en ICSI.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Voorwaarden waaronder IVF en ICSI onder de zorg vallen.
 - Als u jonger bent dan 38 jaar en er bij de 1e en 2e IVF-poging niet meer dan 1 embryo wordt teruggeplaatst (bij de 3e poging mogen dat er maximaal 2 zijn);
 - Als u tussen de 38 tot en met 42 jaar oud bent en er maximaal 2 embryo's per poging worden teruggeplaatst;
 - Als u 43 jaar of ouder bent, maar u bij aanvang jonger was dan 43 jaar: u heeft dan recht op afronding van die poging.
- **Vruchtbaarheidsbehandeling: voorbeelden IVF.**
 - U bent bezig met de 3e poging. Hierbij vindt een geslaagde follikelpunctie plaats, maar deze leidt niet tot een zwangerschap. Een volgende (4e) poging valt niet onder uw zorgverzekering.
 - U bent bezig met de 3e poging. Het is niet gelukt zwanger te worden na de terugplaatsing van een embryo, maar er zijn nog enkele ingevroren embryo's. De ingevroren embryo's mogen worden teruggeplaatst tot ze op zijn, maximaal 2 per keer. Ook als u inmiddels 43 jaar bent; dit hoort namelijk nog bij de 3e poging waarbij u nog jonger was dan 43.
Zou het de 1e of 2e poging zijn en u bent jonger dan 38 jaar, dan zou maar één embryo tegelijk teruggeplaatst mogen worden.
 - U bent bezig met uw 3e poging. Er wordt een embryo teruggeplaatst, maar 14 weken na de dag van de follikelpunctie eindigt de zwangerschap. U heeft dan opnieuw recht op 3 pogingen (als u jonger bent dan 43 jaar) omdat er sprake was van een gerealiseerde zwangerschap.
 - U heeft 3 pogingen gehad zonder resultaat. Na een tijd wordt u toch zwanger. U heeft dan daarna opnieuw recht op 3 pogingen als u jonger bent dan 43 jaar.
- Na een gerealiseerde zwangerschap heeft u opnieuw recht op deze zorg.
Een gerealiseerde zwangerschap houdt in:
 - een zwangerschap van tenminste 9 weken en 3 dagen, gerekend vanaf de implantatie in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's; of
 - een zwangerschap van tenminste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie; of
 - een zwangerschap van tenminste 12 weken, gerekend vanaf de 1e dag van de laatste menstruatie in geval van een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap.
- Er is sprake van een IVF-poging als de follikelpunctie is geslaagd.
Er is sprake van een in-vitrofertilisatie (één IVF-poging) als fase 2, de follikelpunctie (het verkrijgen van de rijpe eicellen) is geslaagd. Terugplaatsing van eerder verkregen (ingevroren) embryo's maakt deel uit van de IVF-poging waarin de embryo's zijn verkregen.
- **Vruchtbaarheidsbehandeling: fases waar IVF uit bestaat.**
Een in-vitrofertilisatie (IVF) omvat 4 opeenvolgende stadia:
 - Fase 1: Hormonale behandeling die de rijping van de eicellen bevordert;
 - Fase 2: Follikelpunctie (verkrijgen van rijpe eicellen);
 - Fase 3: Bevruchting van de eicellen en kweken van embryo's in het laboratorium;
 - Fase 4: Een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoeder.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

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

Uw verzekeringspasje

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

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

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren. Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

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

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

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

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

Lidmaatschap

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

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

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

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

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

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

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

Zorgbemiddeling

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

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

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

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

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

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

Afwijkend adres

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

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

Ingangsdatum en wijziging

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