

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202402071

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 12 november 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 december 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 2 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 januari 2025 aan verzoekster gestuurd. Op 21 januari 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer 2025000103) een e-mailbericht aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 22 januari 2025 aan partijen gestuurd. Op 23 januari 2025 heeft verzoekster een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 24 januari 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.3. Op 5 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 7 februari 2025 aan verzoekster gezonden. Daarnaast is een afschrift van deze brief, samen met een kopie van de brief van verzoekster van 23 januari 2025, aan het Zorginstituut gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 17 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft bij die gelegenheid nader onderzoek geadviseerd. Een kopie van voornoemd advies is op 22 april 2025 aan partijen gestuurd. Hierbij is de ziektekostenverzekeraar gevraagd het geadviseerde nader onderzoek te verrichten. Op 25 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een kopie van zijn reactie is diezelfde dag aan verzoekster en het Zorginstituut gezonden.
- 1.5. Op 8 mei 2025 heeft verzoekster een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 14 mei 2025 aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gezonden.
- 1.6. Bij brief van 14 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan partijen gestuurd.
- 1.7. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 augustus 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.

- 1.8. Op 2 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 3 september 2025 aan verzoekster gezonden. Bij brief van 12 september 2025 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een afschrift hiervan is diezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 19 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 1.9. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 19 september 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 14 juli 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 24 september 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het nader voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Basis Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Werkt Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Op 26 maart 2024 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een functioneel echodoppleronderzoek, uit te voeren in Leipzig, Duitsland. Bij brieven van 2 en 16 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster om aanvullende informatie gevraagd. Op 14 mei 2024 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 28 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar haar meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 20 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster nogmaals om aanvullende informatie gevraagd. Met haar brief van 24 juli 2024 heeft verzoekster hierop gereageerd.
- 2.3. Op 25 juni 2024 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een operatie, uit te voeren in Düsseldorf, Duitsland. Bij brief van 2 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster om aanvullende informatie gevraagd. Op 12 juli 2024 heeft zij hierop gereageerd. Bij brief van 22 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor de operatie in Düsseldorf is afgewezen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 30 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Tegen deze beslissing is verzoekster met haar brief van 9 augustus 2024 opgekomen. Bij brief van 20 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd.
- 2.4. In augustus 2024 is verzoekster in Düsseldorf geopereerd.
- 2.5. Bij brief van 17 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 14 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 24 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in het jaar 2024 door haar in Duitsland genoten zorg, waaronder een bedrag van € 55.010,84 voor de operatie in Düsseldorf, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

- 3.2. In haar brief van 12 november 2024 heeft verzoekster toegelicht dat zij na jarenlange gezondheidsklachten in 2021 is gediagnostiseerd met het Posturaal Orthostatisch Tachycardie Syndroom (POTS). Nederlandse artsen zijn niet in staat geweest om de oorzaken van de verdere lichamelijke achteruitgang te achterhalen. Volgens deze artsen was verdere behandeling niet meer mogelijk. Op dat moment was verzoekster bedlegerig, rolstoelafhankelijk en had zij veel pijn. Zij kon niet meer goed eten en was volledig afgekeurd. In het kader van symptoombestrijding is een experimentele hartoperatie, te weten hybride ablatie, voorgesteld. Bij een dergelijke ingreep wordt geopereerd aan een gezond hart. Anders worden dicht gebrand om de hartritmestoornissen of hoge hartslag te onderdrukken.
 Verzoekster heeft ingestemd met deze behandeling, omdat enig perspectief ontbrak. Via verschillende kanalen is zij vervolgens erachter gekomen dat er mogelijk een andere oorzaak kon zijn voor de fysieke achteruitgang, namelijk vasculaire compressie, wellicht veroorzaakt door het Ehler-Danlossyndroom (EDS). Bij nadere bestudering van een CTA-scan waren duidelijk meerdere compressies zichtbaar. Deze compressies zijn eerder niet opgemerkt door de Nederlandse artsen. Volgens het Erasmus MC is er geen specialisatie met betrekking tot het diagnosticeren en behandelen van een combinatie van diverse vasculaire compressies tezamen. De vasculaire specialist daar heeft verzoekster daarom doorverwezen naar een ziekenhuis in Duitsland. In Leipzig is vervolgens een onderzoek uitgevoerd. De uitkomst hiervan was zeer zorgwekkend. Er zijn bij verzoekster verschillende vasculaire compressies en afwijkingen vastgesteld, namelijk: (1) MALS, (2) May Thurner-syndroom, (3) Nutcracker syndroom, (4) nefroptosis rechternier en (5) ernstige pelvic congestion syndroom als gevolg van alle zeer vernauwde aderen.
 Aangezien er in Nederland geen artsen zijn die zijn gespecialiseerd in de behandeling van de vasculaire problematiek van verzoekster door middel van Abdomen Vasculair Compression Surgery (hierna: AVCS), is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor een ingreep in Duitsland ingediend, maar deze aanvraag is afgewezen. Verzoekster heeft besloten de operatie toch te ondergaan. In augustus 2024 is deze in een kliniek in Düsseldorf uitgevoerd. De vernauwingen bleken zeer ernstig te zijn, waardoor ook andere aderen waren verdikt. Daarnaast was de rechternier van verzoekster zeer mobiel en ging deze alle kanten op. Uit de CTA-scan die een week na de operatie is gemaakt bleek de behandeling geslaagd. De resultaten zijn verbluffend. Verzoekster is niet meer rolstoelafhankelijk, heeft meer energie en zij heeft geen pijn meer bij eten of bewegen. Alle overige klachten zijn grotendeels verdwenen. Verzoekster hoopt ook weer terug te keren op de arbeidsmarkt.
 Verzoekster heeft verwezen naar verschillende publicaties die de relatie tussen POTS, POTS-gerelateerde klachten en de behandeling van vasculaire compressies bevestigen. Volgens verzoekster wordt het tijd dat de wetenschap met betrekking tot deze problematiek wordt aangepast en patiënten niet meer met een kluitje in het riet worden gestuurd of verkeerd worden behandeld. In Duitsland worden veel (met name) jonge vrouwen van over de gehele wereld met meerdere vasculaire compressies en bijvoorbeeld een nierverzakking met als oorzaak een bindweefselaandoening als aparte groep behandeld. AVCS zorgt ervoor dat in het gehele abdomen geen obstructies meer aanwezig zijn die de doorbloeding belemmeren.
 Verder heeft verzoekster opgemerkt dat een andere zorgverzekeraar alle medische kosten met betrekking tot diagnose en operatie wel volledig heeft vergoed.

- 3.3. Bij brief van 23 januari 2025 heeft verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de nefropexie niet heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering, ondanks dat deze

behandeling voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Verzoekster beschikt over een brief waarin de ziektekostenverzekeraar bij een exact gelijke patiënt toestemming geeft voor deze operatie en een vergoeding toewijst van maximaal € 9.867,--. De operatie van de verzekerde in kwestie wordt uitgevoerd bij dezelfde instelling, door dezelfde arts. De chirurg mag zelf beslissen of hij deze operatie uitvoert. Voor dat geval is een vergoeding vastgesteld, terwijl het nog niet zeker was dat de ingreep moest plaatsvinden. Dit is in strijd met hoe de ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld in de situatie van verzoekster. Ter onderbouwing heeft verzoekster een kopie van een geanonimiseerde brief van de ziektekostenverzekeraar van 27 december 2024 overgelegd.

- 3.4. Bij brief van 8 mei 2025 heeft verzoekster opgemerkt dat ten onrechte wordt aangevoerd dat bij iedere patiënt een perfecte diagnose kan worden gesteld. Een diagnose zou pas volgen nadat een patiënt precies de klachten heeft die bij de omschrijving van een aandoening horen en nadat alle onderzoeken volgens de gouden standaard zijn ondergaan. Zo gaat het er in het echte leven echter niet aan toe. Niet iedere patiënt heeft alle symptomen die staan beschreven bij een aandoening, zeker niet als het gaat om een syndroom of multisysteemziekte.

Als een patiënt al zijn hele leven ziek is en niemand weet wat er aan de hand is, krijgt hij op een gegeven moment te horen dat het psychosomatische klachten zullen zijn. Daar moet de patiënt het dan mee doen. Verzoekster heeft al vaak te horen gekregen dat het goed zou zijn om met iemand te gaan praten om te accepteren dat er geen oorzaak voor de klachten kan worden gevonden. Na ruim vijftien jaar onderzoeken te hebben gehad in verschillende ziekenhuizen, zonder diagnose, blijkt het allemaal niet zo zwart-wit te zijn. Verzoekster heeft in dit verband toegelicht dat zij kampte met opgezette, warme en pijnlijke benen. In het verleden waren artsen niet in staat om een link te leggen tussen een verstoorde doorbloeding, in dit geval door POTS, en een eventuele vasculaire compressie zoals het May-Thurner syndroom. Achteraf is gebleken dat de ernstig vernauwde bekkenader, en dus het May-Thurner syndroom, voor de klachten zorgde. Verzoekster was destijds niet op de hoogte van het bestaan van vasculaire compressie syndromen en kon dus ook niet aan de artsen vragen hiernaar onderzoek te doen. Een patiënt moet het doen met de conclusies van de artsen en vertrouwt hier ook op. Na de operatie heeft verzoekster vier kilo aan vocht verloren en zijn haar benen de helft minder van wat zij waren. Zij kan weer lopen zonder pijn en heeft geen last meer van pijnlijke en warme zwellingen. Verzoekster is in vijftien jaar door verschillende medisch specialisten onderzocht, maar dit had geen zin. Zij werd telkens van het kastje naar de muur gestuurd en werd steeds zeker. Het was niet mogelijk om een team van gespecialiseerde artsen te verzamelen die onderzoeken hadden kunnen doen.

Verzoekster heeft verder opgemerkt dat alle vernauwingen en de nefroptosis door het Zorginstituut als aparte aandoeningen worden gezien. Verzoekster begrijpt dat per aandoening of operatie moet worden onderzocht of de behandeling voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, omdat er in Nederland geen AVCS is zoals in Duitsland. Wat verzoekster daarentegen niet begrijpt is dat haar ziektebeeld - en tevens de aanvraag voor deze operatie - als losse aandoeningen wordt behandeld, waarbij dus ook voor elke compressie een aparte behandelmethode wordt beschreven.

In Nederland mist de kennis met betrekking tot de samenhang tussen EDS en de vasculaire problematiek van verzoekster. Die samenhang wordt hier nog niet gezien. Juist die kennis heeft zij gezocht in Duitsland. Als verzoekster niet naar Leipzig was verwezen, was zij nu nog steeds zoekende en vreselijk ziek geweest met een uitzichtloze toekomst. In Nederland was er waarschijnlijk maandenlang onderzoek nodig geweest om bijvoorbeeld een vasculaire aandoening uit te sluiten. Mogelijk was bij verzoekster een inwendige stent geplaatst met kans op complicaties. De vernauwing komt immers van buitenaf. Vervolgens zou er maanden- of jarenlang onderzoek worden gedaan en zouden de klachten niet zijn opgelost vanwege het feit dat sprake was van meerdere vasculaire problemen. Verzoekster heeft nu in april 2024 haar diagnoses te horen gekregen en is al in augustus 2024 geopereerd. Inmiddels voelt zij zich beter dan zij zich ooit heeft gevoeld.

Wat betreft de ‘gouden standaard’ heeft verzoekster opgemerkt dat uit alle stukken blijkt dat het nog niet duidelijk is wat de gevolgen zijn van het plaatsen van een extraveneuze stent en dat volgens de ‘gouden standaard’ een intraveneuze stent wordt gebruikt om bijvoorbeeld het Nutcracker- of May-Thurner syndroom te behandelen. Verzoekster vraagt zich hierbij af of de gevolgen van het gebruik van intraveneuze stents wél bekend zijn. Zij heeft van veel patiënten bij wie een intraveneuze stent is geplaatst meegekregen dat er complicaties ontstonden. Deze patiënten moesten vervolgens opnieuw worden geopereerd en hielden daaraan blijvende klachten over. Daarnaast heeft verzoekster talloze verhalen met betrekking tot het diagnosticeren van vasculaire compressiesyndromen in Nederland gelezen. Patiënten die volgens de ‘gouden standaard’ worden onderzocht en eindigen op een punt waar artsen aangegeven dat de ader niet voldoende is vernauwd, zodat behandeling niet nodig of helpend zou zijn. Dit heeft tot gevolg dat geen diagnose wordt gesteld en dat de toestand van deze patiënten verslechtert. Lotgenoten hebben hun leven beëindigd, omdat zij in Nederland niet verder komen op het gebied van diagnostisering, van het kastje naar de muur worden gestuurd, door achteruitgang niet meer kunnen eten, extreem veel pijn lijden en bedlegerig worden. De vernauwingen bij verzoekster zijn duidelijk te zien op een CTA-scan en zijn bevestigd door verschillende artsen. Daarnaast is een duplexonderzoek verricht. Het onderzoek duurde ruim twee uur, omdat de arts de link heeft gelegd tussen alle klachten en aandoeningen. De arts in kwestie maakt gebruik van PixelFlux en daarom zou dit onderzoek niet voldoende zijn om de diagnoses te stellen of in ieder geval om de compressies te bevestigen. Het kan echter niet zo zijn dat, omdat door een arts gebruik wordt gemaakt van een extra techniek, het gehele onderzoek er dan niet meer toe doet. Het is en blijft nog altijd een duplexonderzoek. Tijdens een gesprek met professor Sandmann, de behandelend arts in Düsseldorf, is de CTA-scan opnieuw bekeken en besproken. Dit geldt ook voor de uitkomsten van het duplexonderzoek. Professor Sandman heeft, aan de hand van de onderzoeken, de klachten en zijn uitgebreide expertise, de vasculaire compressies en nefroptosis bevestigd. Verzoekster begrijpt niet dat patiënten zoals zij veel onderzoeken moeten laten doen als de vasculaire compressies al goed zichtbaar zijn, de klachten overeenkomen, en dit is bevestigd door diverse artsen die zijn gespecialiseerd op het gebied van vasculaire problematiek. Verzoekster heeft hierbij opgemerkt dat professor Sandmann in het verleden honderden patiënten heeft geholpen. Professor Sandmann is een gerenommeerde Duitse vaatchirurg. Hij wordt erkend als pionier op het gebied van de vaatchirurgie. Daarnaast is professor Sandmann aangesteld als hoogleraar en is hij in meerdere klinieken voor vaatchirurgie en niertransplantatie in Duitsland tot directeur benoemd. Hij is een chirurg die niet zomaar opereert. Volgens professor Sandmann pasten de klachten van verzoekster bij een nierversakking en bevorderde de zwevende nier de bloeddorststroming niet. Hij heeft hierbij aangegeven dat hij tijdens de operatie zou bekijken of het ophangen van de nier echt noodzakelijk was. Na de operatie heeft hij verklaard dat de rechternier extreem mobiel was en alle kanten op viel. Ook zou hij alle vernauwde aderen eerst onderzoeken. Uiteindelijk bleken de nier- en bekkenader zeer ernstig vernauwd. Dit gold eveneens voor de buikslagader. De operatie was dan ook nodig. Het was een grote operatie met een vreselijk herstel, maar verzoekster is dankbaar dat zij door de vasculair internist van het Erasmus MC is doorverwezen naar de juiste arts. Verzoekster verbetert nog iedere dag. Het is pijnlijk om te ervaren dat het zorgsysteem in Nederland op het gebied van diagnostisering van vasculaire compressie syndromen in combinatie met EDS faalt. Het is ook pijnlijk om te moeten lezen dat lotgenoten in Nederland overlijden aan de gevolgen van de ‘gouden standaard’, omdat behandeling niet nodig zou zijn. Het is oneerlijk dat er een operatie bestaat die zoveel jonge patiënten kan helpen, maar die zij niet krijgen.

- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster haar medische situatie nogmaals toegelicht. Ook heeft zij beschreven hoe zij uiteindelijk voor de operatie bij de arts in Düsseldorf terecht is gekomen. De operatie is medisch gezien zeer succesvol geweest. Daarmee is de ingreep niet alleen effectief gebleken, maar ook aantoonbaar medisch noodzakelijk en doelmatig.

De ziektekostenverzekeraar heeft zich ten onrechte op het standpunt gesteld dat de behandeling niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en daarmee niet voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoekster heeft hierover opgemerkt dat zij in Nederland na vijftien jaar diagnostiek en behandeling was uitbehandeld. Er waren geen verdere redelijke of proportionele behandelopties meer beschikbaar, anders dan een experimentele hartoperatie die binnen een aantal weken/maanden zou plaatsvinden. De arts in het Erasmus MC heeft, na zorgvuldige afweging en op grond van haar professionele oordeel, een passende verwijzing naar het buitenland afgegeven. Het standpunt dat de zorg niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, betekent juridisch gezien niet per definitie dat deze zorg onnodig of niet-doelmatig is. Het betrof een uitzonderlijke medische casus waarbij de reguliere protocollen niet toereikend waren. In dat kader dient ook het beginsel van ‘passende zorg’ te worden meegewogen. Belangrijk is bovendien dat de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut de diverse aandoeningen als losstaande aandoeningen beschouwen, terwijl er in werkelijkheid sprake is van één overkoepelend en complex ziektebeeld. Het betreft hier meerdere vasculaire compressies in combinatie met een ernstige nefropexie, veroorzaakt door een onderliggende bindweefselaandoening, namelijk het hypermobile Ehlers-Danlos-syndroom (hEDS). De suggestie dat verzoekster in Nederland voor elke afzonderlijke compressie of afwijking een aparte beoordeling en behandeling had moeten ondergaan, miskent de medische realiteit van dit syndromale ziektebeeld. De kracht van de Duitse benadering was juist dat alle onderliggende oorzaken in één geïntegreerde chirurgische procedure zijn aangepakt. Dat was niet alleen medisch effectief, maar ook doelmatig en proportioneel.

Ten aanzien van de nefropexie heeft verzoekster aangevoerd dat deze noodzakelijk was, maar desondanks niet wordt vergoed. Verzoekster heeft opnieuw gewezen op een andere verzekerde die van de ziektekostenverzekeraar goedkeuring heeft gekregen voor een nefropexie. Verder heeft ook een andere zorgverzekeraar volledige vergoeding gegeven voor de behandeling. Dit roept serieuze vragen op over transparantie, rechtsgelijkheid en consistentie van beoordeling binnen het stelsel van zorgverzekeringen. Het gelijkheidsbeginsel is hierbij direct in het geding. Verzoekster vindt het onterecht dat van haar werd verwacht dat zij nog aanvullend onderzoek zou ondergaan. In haar geval was sprake van een medisch urgente situatie. Na vijftien jaar van aanhoudende klachten was haar lichaam volledig uitgeput. De CTA-scan en duplexecho (de zogenoemde ‘gouden standaard’ in vasculaire diagnostiek) gaven voldoende objectieve aanwijzingen voor de ernst van de aandoeningen. Binnen slechts vier maanden werden de diagnoses duidelijk gesteld en volgde een doelmatige en succesvolle operatie. Dit in scherp contrast met de vijftien jaar ervoor, die bestonden uit medisch onderzoek, progressieve achteruitgang, veelvuldig lijden en de wetenschap dat zij uiteindelijk was uitbehandeld. Ook de afwijzing van het in Leipzig uitgevoerde duplexonderzoek is voor verzoekster onbegrijpelijk. Juist dit onderzoek was essentieel om de precieze dynamiek van de vernauwingen vast te stellen en de indicatie voor de gecombineerde operatie te onderbouwen. Zonder deze aanvullende beeldvorming had een verantwoorde behandeling überhaupt niet kunnen plaatsvinden. De stelling dat deze diagnostiek “niet nodig” of “niet vergoedbaar” zou zijn, is zowel medisch als juridisch niet proportioneel.

Volgens verzoekster wordt aan de verwijzing door een vasculair internist uit een academisch ziekenhuis nauwelijks of geen gewicht toegekend. Deze verwijzing was afkomstig van een vasculair internist uit het Erasmus MC, die in haar onderbouwing expliciet aangaf dat zij met meerdere patiënten positieve ervaringen heeft met deze specifieke operatie. Voor verzoekster vormde dit een krachtig signaal dat haar klachten en onderliggende aandoening serieus werden genomen door deskundigen binnen het Nederlandse zorgsysteem. Verzoekster heeft het voorgeschreven zorgtraject zorgvuldig gevolgd, in het volste vertrouwen in de deskundigheid van de behandelend artsen. Verzoekster krijgt de indruk dat zij nu wordt benadeeld omdat haar aandoening niet binnen standaardprotocollen past, terwijl haar behandelend artsen en de vasculair internist de situatie als urgent en ernstig hebben aangemerkt. Verzoekster ervaart het als schrijnend dat zij het gevoel heeft dat de ernst van haar situatie nauwelijks wordt erkend. Het

lijkt alsof het succes van haar behandeling niet van belang is en zij als persoon uit het oog wordt verloren te midden van regels, richtlijnen en administratieve procedures.

- 3.6. Bij brief van 10 september 2025 heeft verzoekster verklaard akkoord te gaan met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar dat aan haar een bedrag van € 1.435,36 wordt vergoed voor het echodoppleronderzoek.

Ten aanzien van de nefropexie heeft verzoekster in een brief aan de ziektekostenverzekeraar, eveneens gedateerd 10 september 2025, verklaard dat geen aanvullend onderzoek is uitgevoerd met behulp van een renogram. Zij heeft hierbij opgemerkt dat het gebruik van een renogram slechts een advies was van het Zorginstituut. Het argument dat geen aanvullend onderzoek - zoals een renogram of hematurie - aanwezig was, kan daarom geen grond vormen om de noodzaak van de ingreep in twijfel te trekken. Er bestaat noch nationaal noch internationaal een richtlijn die dergelijke onderzoeken verplicht stelt voor de diagnose nefroptose. De combinatie van anatomisch bewijs, klinische criteria en de beoordeling door een internationaal erkend specialist is meer dan voldoende en in het geval van verzoekster zelfs overtuigend. Het was niet alleen gerechtvaardigd, maar ook medisch noodzakelijk om de nefropexie te laten uitvoeren vanwege de volgende redenen.

Bij het echodoppleronderzoek in staande houding is vastgesteld dat de rechternier 9,2 cm naar beneden zakt. Volgens (internationale) medische literatuur wordt nefroptose gedefinieerd als een neerzakking van meer dan 5 cm of twee wervelhoogten bij overgang van liggend naar staand. De bevinding van 9,2 cm ligt dus ver boven deze norm en kan worden beschouwd als een ernstige vorm van nefroptose. Naast dit objectieve anatomische bewijs voldoet verzoekster aan de klinische criteria die in de literatuur worden beschreven, namelijk chronische flankpijn die houdingsafhankelijk is en therapieresistente hypertensie. De flankpijn was reeds het hele leven van verzoekster aanwezig en sterk invaliderend. Daarnaast had zij al op jonge leeftijd een onbehandelbare hoge bloeddruk waarvoor drie antihypertensiva nodig waren, zonder dat de bloeddruk goed onder controle kwam. Dit past volledig binnen het klinische beeld van symptomatische nefroptose, waarbij door de pathologische mobiliteit van de nier zowel pijnklachten als renovasculaire hypertensie kunnen ontstaan. Belangrijk is bovendien dat de medische toestand is beoordeeld door een zeer gespecialiseerde vaatchirurg die jarenlang directeur was van de afdeling vaatchirurgie en niertransplantatie in Duitsland. Zijn oordeel en expertise hebben zwaar gewogen bij de beslissing om tot een nefropexie over te gaan. Deze hoogstaande deskundigheid mag niet worden genegeerd bij de beoordeling van de medische noodzaak van de behandeling. De combinatie van de genoemde anatomische en klinische bevindingen en het oordeel van een zeer gespecialiseerde chirurg is voldoende om nefroptose te diagnosticeren en een nefropexie te overwegen. Sinds de nefropexie is een duidelijke verbetering opgetreden die de causale relatie tussen de klachten en de nefroptose bevestigt. Voor het eerst stabiliseerde de bloeddruk van verzoekster onder een lagere medicatielast en kon het gebruik van Clonidine sinds februari al worden gestaakt. Ook de chronische flankpijn is verdwenen. Verzoekster heeft nogmaals herhaald dat zij bekend is met een patiënt die van de ziektekostenverzekeraar wél goedkeuring heeft gekregen voor een nefropexie. Zij is volledig op de hoogte van de inhoud van de aanvraag voor een machtiging van die patiënt. Haar nierversakking was aantoonbaar minder ernstig dan die van verzoekster. Toch is haar verzoek goedgekeurd, terwijl de medische situatie van verzoekster ernstiger was en toch werd afgewezen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvragen van verzoekster terecht zijn afgewezen. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 2 januari 2024 toegelicht dat in artikel 1.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden als deze op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de

betreffende zorgaanbieders aan zorg ‘plegen te bieden’. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. Op grond van artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering is toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig als een verzekerde voor een behandeling één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling in het buitenland wordt opgenomen. Artikel 16 van de verzekeringsvoorwaarden omschrijft de aanspraak op medisch specialistische zorg. In dit artikel is bepaald dat er voorafgaand aan de behandeling een verwijfsbrief nodig is van bijvoorbeeld de huisarts. Dit is in overeenstemming met artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet, waarin is bepaald dat de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

De onderzoeken die hebben plaatsgevonden komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering. Deze onderzoeken zijn niet gangbaar. Het betreft geen zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Daarnaast ontbreekt de wetenschappelijke onderbouwing van deze wijze van diagnostiek. De specifieke doppleronderzoeken worden niet breed geaccepteerd als diagnosticum voor vasculaire compressie. Deze zorg voldoet niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Voor de in Düsseldorf uitgevoerde operatie geldt dat deze ook niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De ziektekostenverzekeraar heeft de op PubMed beschikbare literatuur over deze operatie bestudeerd. Hij heeft enkele reviews gevonden over dit onderwerp. Deze reviews beperken zich tot casereports en een publicatie door de chirurg in Duitsland. Bij een vastgestelde vasculaire compressie (zoals bij het May-Thurner syndroom, Nutcracker syndroom en Pelvic Congestion syndroom) en ernstige klachten is het plaatsen van een stent in de ader de ‘gouden standaard’. Het plaatsen van de door de chirurg genoemde externe stents wordt niet beschreven bij deze problematiek. Het extern plaatsen van een stent voldoet niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

Wat betreft de diagnose MALS geldt dat hiernaar een onderzoek loopt in het MC Twente en het Erasmus MC. Er wordt onderzocht of het klieven van het ligament bij een bewezen maagischemie een behandeling en oplossing voor de invaliderende klachten kan zijn. Dit betreft een wetenschappelijk onderzoek en het wordt niet vanuit de Zorgverzekeringswet gefinancierd. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat het team van specialisten in het Erasmus MC heeft meegekeken bij verzoekster of de vastgestelde MALS van dien aard was dat zij binnen het onderzoek kon worden betrokken. Op dit moment is de chirurgische behandeling nog experimenteel en voldoet deze niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Bovendien verschilt de aangevraagde operatie in Düsseldorf van de operatie in het wetenschappelijk onderzoek, omdat de medisch specialist in Düsseldorf het ligament niet klieft maar ruim wegneemt. De pro’s en contra’s van deze methode worden niet, althans onvoldoende, toegelicht in de aanvraag en/of in zijn publicaties. Hier lijkt het ruim wegnemen van het ligament ervoor te zorgen dat er geen compressie meer kan plaatsvinden. Het ligament heeft echter een functie. De consequenties op de langere termijn van het wegnemen van het ligament dienen daarom zorgvuldig te worden onderzocht. Deze consequenties worden niet beschreven in het dossier en hierover is ook onvoldoende informatie beschikbaar in publicaties.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op de uitgevoerde operatie. De indicatiestelling is niet navolgbaar. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft in een eerder, soortgelijk dossier contact gehad met de behandelend internist en gevraagd naar de medisch wetenschappelijke overwegingen van deze verwijzing. De internist gaf toen aan dat er beperkte informatie is over de relatie tussen de klachten en aandoeningen. De internist verklaarde met de verwijzing de patiënt een gunst te willen verlenen om een oplossing te vinden voor diens problematiek. Uit de door verzoekster overgelegde artikelen blijkt dat er bij een vermoeden van een compressie een

uitgebreid diagnostisch onderzoek dient plaats te vinden na een echoduplex onderzoek. Een voorbeeld hiervan is de vene uitgebreid in beeld brengen met een flebografie of MRI. Een aangetoonde compressie wil namelijk nog niet zeggen dat deze ook de oorzaak van de klachten is. Een compressie kan namelijk ook asymptomatisch verlopen en bij de gezonde populatie aanwezig zijn.

In het onderhavige dossier is geen uitgebreide diagnostiek beschikbaar. Kijkend naar de diagnoses Pelvic Congestion syndroom en nefroptosis, ontbreekt wat betreft de diagnostiek een urologisch onderzoek van de nierfunctie en bijpassende klachten, zoals bloed bij de urine en een verminderde nierfunctie. Bij het Pelvic Congestion syndroom ontbreken de bijpassende klachten van de benen en de beschrijving van de spataderen in de buik. Ook komt uit het dossier niet naar voren dat er een multidisciplinair team van specialisten (zoals een nefroloog, MDL-arts en bijvoorbeeld een uroloog) betrokken is geweest dat uitgebreid naar de compressies en klachten heeft gekeken en vervolgens is gekomen tot een behandelplan. Op basis van de aangeleverde informatie lijkt het veeleer alsof op grond van een echoduplex onderzoek met een op de compressie gerichte vragenlijst door de kinderarts in Leipzig de indicatie voor een uitgebreide operatie is gesteld vanwege allerlei zeldzame compressie syndromen.

In de documentatie mist de ziektekostenverzekeraar essentiële symptomen en onderzoeken passende bij de compressie syndromen zodat het niet, althans onvoldoende navolgbaar is, dat verzoekster op de operatie was aangewezen. De gediagnosticeerde syndromen zijn zeldzaam en hiervoor zijn geen vastgestelde richtlijnen van de beroepsgroep aanwezig. Echter, uit de casereports en reviews op PubMed komt naar voren dat er consensus bestaat over welke onderzoeken minimaal dienen te worden uitgevoerd om een diagnose te kunnen stellen. Deze onderzoeken komen niet naar voren in de beschikbare informatie.

De ziektekostenverzekeraar heeft onderzocht of maatwerk kan worden geboden. Hij heeft beoordeeld in hoeverre het in de situatie van verzoekster onredelijk is om vast te houden aan artikel 1.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of mogelijk sprake is van een uitzonderingsgeval. Dit betekent dat wordt getoetst of het weigeren van vergoeding van de onderzoeken en de operatie onder de gegeven omstandigheden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, zodat in deze situatie een uitzondering moet worden gemaakt (artikel 6:248, tweede lid, van het Burgerlijk Wetboek). Wanneer een uitzondering aan de orde is, is door de Hoge Raad gedefinieerd in het Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679). In de voorliggende situatie wordt niet aan de in dat verband toepasselijke criteria voldaan. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn andere verzekerde behandelingen beschikbaar, namelijk de 'gouden standaard'. Bovendien is er niet de verwachting dat de behandeling op korte termijn wordt opgenomen in het basispakket. Hiervoor zal eerst meer wetenschappelijk onderzoek naar deze ingrepen als geheel moeten worden opgestart, waarbij ook het effect op de langere termijn in kaart moet worden gebracht. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar is om vergoeding van de onderzoeken en de operatie te weigeren.

Volgens verzoekster zijn de kosten van de behandeling door een andere zorgverzekeraar wel vergoed. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard niet op de hoogte te zijn van de redenen die aan deze beslissing ten grondslag lagen. Het is aannemelijk dat dit een vergoeding uit coulance betrof. Dit is dan op grond van het beleid van die zorgverzekeraar en niet relevant voor de beoordeling van de aanvraag van verzoekster. Op basis van de beschikbare informatie en de omstandigheden heeft de ziektekostenverzekeraar besloten niet over te gaan tot een vergoeding uit coulance. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoekster niet met feiten heeft onderbouwd dat het hier gaat om exact dezelfde medische situatie en/of indicatie. De stelling van verzoekster dat de kosten om deze reden moeten worden vergoed, kan daarom niet worden gevolgd.

- 4.2. In zijn brief van 5 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij volgens de werkwijze van het Zorginstituut in PubMed heeft gezocht naar wetenschappelijk bewijs voor de

beoordeling of de aangevraagde behandeling voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het gaat daarbij erom of de gebruikte stent en de wijze van plaatsen - extern in plaats van intern - gebruikelijke zorg is. Bij verzoekster gaat het om het plaatsen van stents voor diverse vasculaire compressie syndromen. Een vasculair compressie syndroom is al zeldzaam. En het tegelijkertijd voorkomen van meerdere compressie syndromen is nog veel zeldzamer. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar in de zoektocht naar de diverse compressie syndromen afzonderlijk gekeken of hierover literatuur beschikbaar is. De PTFE-stent is ontworpen voor endovasculair gebruik om obstructies van een vat te verhelpen. Ook bij compressie syndromen is de ‘gouden standaard’ het endovasculair plaatsen van een stent, als er al voor een chirurgische oplossing wordt gekozen. De zoektocht voor PTFE-graft stent extravasculair geeft slechts enkele resultaten in de vorm van case reports. En slechts één publicatie bij het compressiesyndroom Nutcracker (Da-li He, 2022). Er zijn dus ook geen RCT-onderzoeken van extra- versus endovasculair gevonden. De onderzoekers concluderen in het case report dat de extravasculaire PTFE-stent een mogelijkheid kan zijn, maar dat nader onderzoek noodzakelijk is om deze methode breder te kunnen toepassen. Dit inzicht moet worden verkregen door wat de resultaten op de langere termijn zijn in vergelijking met de endovasculaire methode. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar een kopie van de door hem gevonden literatuur overgelegd.

- 4.3. Bij brief van 25 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar een verklaring van zijn medisch adviseur, waarin wordt gesteld:

“Echodoppleronderzoek middels Pixelflux techniek.

De verzekerde is door de vasculair internist op verzoek van verzekerde verwezen i.v.m. onbehandelbare POTS klachten waarvoor mogelijk ablatie therapie als experiment binnen EMC zou kunnen worden uitgevoerd. Met vraagstelling op verzoek van verzekerde alvorens ablatie uit te voeren om op eigen verzoek vasculaire compressie syndromen uit te sluiten.

Dr. Scholbach heeft een eigen uitvinding de Pixelflux techniek en hiervoor een bedrijf opgericht. De technologie/software en licentie voor het analyseren van echo doppleronderzoek is hierin ondergebracht. Dr. Scholbach gebruikt deze techniek om allerlei aandoeningen te kwantificeren (zie ook meegestuurde informatie).

Op Pubmed zijn alleen eigen artikelen of reports te vinden over deze techniek. De Pixelflux techniek is niet breed binnen de medische wereld gebruikelijk als standaard diagnosticum. Een functioneel kleuren echo doppleronderzoek is in principe SWEP, echter de toegepaste pixelflux techniek en daaraan gekoppelde conclusies/diagnoses is dat niet. Een echo doppleronderzoek is een ondersteunend onderzoeksinstrument van een medisch specialist.

Dr. Scholbach is een kinderarts; de wijze waarop Dr. Scholbach tot zijn diagnose(s) komt is niet zoals een kinderarts pleegt te bieden. Dat wil zeggen op basis van zijn echo doppleronderzoek en vragenlijst bij volwassenen een vasculair compressie syndroom (VCS) diagnosticeren. Dit is niet zoals dat in de richtlijnen of literatuur is terug te vinden als algemeen geaccepteerd. Zie ook de literatuur die gebruikt is ter onderbouwing van de beoordeling van de behandeling van de compressiesyndromen. Ook is deze zorg door een kinderarts voor een volwassen niet navolgbaar.

Ook speelt in de discussie mee of verzekerde aangewezen is op deze zorg/diagnostiek. De verwijzing vindt op eigen verzoek plaats. Het is niet de internist (verwijzer) welke een vermoeden van VCS heeft maar de verzekerde wil dit na eigen onderzoek op internet en lotgenoten uitgesloten hebben.

Indien plegen te bieden en SWEP niet van toepassing zou zijn, dan is de vergoeding voor een echo

doppleronderzoek als OZP of indien als tweedelijns diagnostiek ingezet valt het binnen de DBC van de behandelend specialist. De door Dr. Scholbach gevraagde ruim € 4.000,00 voor een consult en echodoppleronderzoek staat in geen verhouding tot tarief in Nederland of Duitsland. (zie ook specificatie van factuur Dr. Scholbach).”

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij zich realiseert dat verzoekster lange tijd met ernstige klachten heeft gelopen en hij begrijpt dat zij hiervoor een oplossing zocht. Tegelijkertijd heeft de ziektekostenverzekeraar de taak om te beoordelen of de uitgevoerde zorg moet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hij is hierbij gebonden aan voorwaarden, waaronder de door de wetgever opgestelde voorwaarden dat de zorg moet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en dat een verzekerde ‘redelijkerwijs moet zijn aangewezen op’ de genoten zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft herhaald dat in dit geval niet aan deze voorwaarden is voldaan. Verzoekster was niet redelijkerwijs aangewezen op het echodoppleronderzoek en de nefropexie. Verder geldt dat de operatie niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De ziektekostenverzekeraar sluit zich aan bij het voorlopig advies van het Zorginstituut.

Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat een nefropexie bij een andere verzekerde wel voor vergoeding in aanmerking kwam, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de vraag of een verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen altijd op individueel niveau wordt beoordeeld, aan de hand van de omstandigheden van het geval. Zonder toestemming van de verzekerde in kwestie kan de ziektekostenverzekeraar niet in detail treden over die aanvraag. Medische details kunnen een rol spelen, maar ook andere zaken zoals gewekt vertrouwen of een gedane toezegging. Uit de door verzoekster overgelegde brief blijkt niet waarom goedkeuring is gegeven voor een nefropexie. Mogelijk was de betrokken verzekerde wél redelijkerwijs aangewezen op de nefropexie.

De ziektekostenverzekeraar heeft, als gezegd, ook beoordeeld of maatwerk mogelijk is. Dit houdt in dat hij is nagegaan of het weigeren van een vergoeding in dit specifieke geval leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dit laatste is hier niet aan de orde. In dit verband is het Bosentanarrest van de Hoge Raad van belang. Er zijn andere behandelingen beschikbaar die wel worden vergoed ten laste van de zorgverzekering (de ‘gouden standaard’) en het is ook niet te verwachten dat de in geschil zijnde behandeling op korte termijn in het basispakket wordt opgenomen zodat niet aan de voorwaarden uit het arrest wordt voldaan.

De ziektekostenverzekeraar heeft zich neergelegd bij de conclusie van het Zorginstituut dat het echodoppleronderzoek voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Vervolgens is dan nog wel de vraag of verzoekster hierop redelijkerwijs was aangewezen. Hiervoor geldt het volgende. In de verwijzing wordt de experimentele hartoperatie genoemd door de behandelend internist. Ook staat in de verwijzing dat verzoekster zelf onderzoek heeft gedaan en dat zij de vasculaire compressies wil laten onderzoeken. Als wordt gekeken naar wat er in Leipzig is uitgevoerd en door wie, gaat het om een kinderarts die software heeft ontwikkeld met pixelflux systematiek. Het is voor de ziektekostenverzekeraar niet navolgbaar waarom de diagnostiek in Leipzig moest worden uitgevoerd en met deze software. Er is meerdere malen contact opgenomen met de behandelend internist met de vraag waarom het echodoppleronderzoek nodig was. Een echodoppleronderzoek is een redelijk simpel onderzoek dat in de eerste of de tweede lijn kan worden uitgevoerd.

Het is de vraag wat er voorafgaand aan het echodoppleronderzoek had kunnen worden gedaan. Er mist van alles in het dossier, namelijk de anamnese door de internist, meer diagnostiek en uitvraag. Het is voor de ziektekostenverzekeraar onvoldoende duidelijk waarom het aanvullende onderzoek nodig was. De ziektekostenverzekeraar is op zoek naar medische stukken van het Erasmus MC waaruit de noodzaak blijkt. Verzoekster geeft weliswaar veel informatie, maar de ziektekostenverzekeraar dient zich te beperken tot medische informatie. De ziektekostenverzekeraar heeft de behandelend internist meermaals gevraagd om een onderbouwing. De arts komt niet met dezelfde informatie als verzoekster en stelt uitsluitend:

”Daar heb ik goede ervaringen mee.”. De ziektekostenverzekeraar heeft echter argumenten nodig die door de literatuur worden gestaafd.

De ziektekostenverzekeraar heeft tevens gekeken naar de meerwaarde van de gecombineerde behandeling. Ook de onderzoeken van professor Sandmann zijn meegenomen in de beoordeling. De conclusie is dat drie behandelingen die afzonderlijk niet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ niet opeens wél aan dit criterium voldoen als zij worden gecombineerd. De gecombineerde behandeling is ook niet terug te vinden in de literatuur.

- 4.5. Bij brief van 2 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij zijn standpunt handhaaft dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op het echodoppleronderzoek. Na zorgvuldige afweging van alle omstandigheden is hij echter bereid om verzoekster eenmalig en onverplicht, uit coulance, tegemoet te komen en haar voor het echodoppleronderzoek een vergoeding te verlenen.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster om aanvullende informatie gevraagd zodat hij kan beoordelen of zij mogelijk toch redelijkerwijs was aangewezen op de nefropexie. Uit de beschikbare informatie blijkt niet of er een aanvullend functieonderzoek van de nier is uitgevoerd met behulp van een renogram. Dit onderzoek wordt, conform het voorlopig advies van het Zorginstituut van 17 april 2025, geadviseerd om de medische noodzaak voor een nefropexie goed te kunnen onderbouwen. Mocht dit onderzoek hebben plaatsgevonden, dan ontvangt de ziektekostenverzekeraar hiervan graag de bijbehorende gegevens en verslaglegging. Met deze informatie kan hij de situatie dan opnieuw beoordelen.

- 4.6. Bij brief van 19 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de medische noodzaak voor een nefropexie niet is aangetoond, omdat verzoekster heeft laten weten dat geen renogram is uitgevoerd.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 17 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Echo doppleronderzoek

Verweerder voert aan dat het echo doppleronderzoek niet gangbaar is en geen zorg is zoals medisch specialisten plegen te bieden. Daarnaast ontbreekt volgens verweerder wetenschappelijke onderbouwing en voldoet echo doppleronderzoek niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verweerder heeft geen verdere onderbouwing gegeven waarom niet voldaan wordt aan het plegen te bieden-criterium en ook ontbreekt literatuuronderzoek voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk.

Het Zorginstituut merkt op dat het in eerste instantie aan verweerder is om te beoordelen of zorg voor vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking komt. Verweerder dient dan ook zijn standpunt met betrekking tot het plegen te bieden-criterium en stand van de wetenschap en praktijk nader te onderbouwen, dit laatste aan de hand van een literatuuronderzoek.

May-Thurner syndroom

Achtergrond

Bij het May-Thurner syndroom (MTS), ook wel v. iliaca compressie syndroom genoemd, is de meest voorkomende afwijking een beklemming van de linker v. iliaca communis tussen de rechter a. iliaca communis en de vijfde lumbale wervel (lendewervel). Er zijn ook andere afwijkingen mogelijk zoals compressie van de rechter v. iliaca communis of vena cava. Het

merendeel van de mensen heeft geen symptomen bij dergelijke afwijkingen. Bij MTS hebben patiënten symptomen door veneuze hypertensie (verhoogde druk in de aderen). Deze kunnen zijn: acute zwelling en pijn van het linkerbeen, veneuze claudicatio (pijn bij lopen) of chronische veneuze insufficiëntie met varices (spataderen), hyperpigmentatie en veneuze ulcera (zweren). Soms kunnen patiënten een trombosebeen en longembolieën ontwikkelen. MTS komt vooral voor bij vrouwen van 30 tot 50 jaar. De prevalentie van het syndroom (met symptomen) is onbekend, maar het gaat om een zeldzame aandoening.

Diagnostiek

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

Behandeling

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

Literatuuronderzoek

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

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

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

Conclusie

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

Notenkrakersyndroom

Achtergrond

Het notenkrakersyndroom (NCS) wordt veroorzaakt door compressie van de linker v. renalis tussen de aorta en a. mesenterica superior. Een andere variant is compressie van de linker v. renalis tussen de aorta en lumbale wervelkolom. De veneuze afwijkingen kunnen bij toeval bij

patiënten worden gevonden zonder dat zij symptomen hiervan hebben, ook wel het notenkrakerfenomeen genoemd. Bij NCS ontstaan symptomen door veneuze hypertensie met stuwning van de nier die gepaard gaat met hematurie (bloedverlies in de urine), pijn in de flanken en orthostatische proteinurie (bij staan eiwitverlies in urine). Daarnaast kunnen patiënten pelviene congestie met varices, pijn in het bekken en varicocèle (zwellend scrotum bij mannen) ontwikkelen. De prevalentie van dit zeldzame syndroom is onbekend. Het begint vaak bij een leeftijd van twintig tot 40 jaar.

Diagnostiek

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

Behandeling

De conservatieve behandeling kan bestaan uit advies aan patiënten met ondergewicht (BMI onder de 18,5 kg/m²) om aan te komen. Toename van het mesenteriale vet zou ertoe leiden dat de compressie van de v. renalis afneemt.

Daarnaast worden patiënten behandeld met onder andere ACE-remmers voor de behandeling van proteinurie en hypertensie. Afhankelijk van de ernst van de symptomen worden patiënten behandeld met een operatie, waarvoor meerdere operatietechnieken zijn. Volgens een internationaal consensusdocument van twintig experts is transpositie van de linker v. renalis de eerste keus operatie bij NCS. Bij deze ingreep wordt de v. renalis opnieuw ingehecht in de vena cava inferior. Deze operatie gaat gepaard met een laag risico op complicaties en heeft goede resultaten op de middellange en lange termijn. Naast open en laparoscopische technieken kunnen minder invasieve endovasculaire ingrepen met stentplaatsing worden verricht. Een mogelijke risico is echter stentmigratie en lange termijn resultaten ontbreken nog. In het consensusdocument worden endovasculaire ingrepen daarom niet als eerste keus behandeling aanbevolen.

Plaatsing van extravasculaire stents wordt niet als mogelijke behandeling genoemd.

Literatuuronderzoek

Verweerder heeft literatuuronderzoek verricht naar de effectiviteit van extravasculaire PTFE-stents bij abdominale vasculaire compressie syndromen en alleen enkele case reporten gevonden. Er werd slechts één niet-vergelijkende studie van Wang et al (2019) gevonden die de effecten van de plaatsing van extravasculaire stents bij zeventien patiënten met NCS heeft onderzocht, waarbij het om titanium stents ging. In deze studie verbeterden de symptomen bij patiënten zonder dat complicaties optraden gedurende 24 tot 48 maanden.

Het Zorginstituut heeft ook literatuuronderzoek verricht. De vraagstelling van het literatuuronderzoek was of plaatsing van extraveneuze PTFE-stent effectief is in vergelijking met transpositie van de v. renalis. Hiervoor zijn vergelijkende studies nodig die beide ingrepen vergelijken.

In maart 2025 werd systematisch literatuuronderzoek door het Zorginstituut verricht, waarbij gezocht is tot heden in Embase via Embase.org, Medline via Ovid en Cochrane Central via Wiley. Hierbij werd gezocht naar studies waarin ten minste vijf patiënten werden geïnccludeerd. De literatuursearch leverde 153 artikelen op. Na screening op titel en abstract werden tien artikelen fulltext bekeken. Er werden geen vergelijkende studies gevonden, enkel zes retrospectieve niet-vergelijkende studies (waaronder de studie van Wang et al. (2019)) die de resultaten van

laparoscopische plaatsing van extravasculaire stents (al dan niet robot geassisteerd) bij patiënten met NCS hebben gerapporteerd.

Het gaat om kleinere studies (5-76 patiënten) met in totaal 117 patiënten waarbij er mogelijk overlap is van gerapporteerde patiënten van de studies van Wang et al. (2015) en Yu et al. (2023) en tussen die van Steinberg et al. (2019) en Fahri et al. (2024). In één studie (van Wang et al. (2019)) werden zoals eerdergenoemd titanium stents bij patiënten geplaatst, in vijf studies PTFE-stents. De studies laten een verbetering van de pijnsymptomen en hematurie (75-100%) zien bij een gemiddelde of mediane follow-up duur van drie tot 52 maanden. Er traden in de studies geen ernstige complicaties op, bij één patiënt werd migratie van stent gerapporteerd. Het gaat echter om zeer lage kwaliteit bewijs, omdat in de onderzoeken geen vergelijking werd gemaakt met transpositie van de v. renalis, kleine aantallen patiënten werden geïnccludeerd en de meeste studies een beperkte follow-up (van minder dan drie jaar) hadden.

Conclusie

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

Mediane Arcuate Ligament Syndroom

Achtergrond

Het Mediane Arcuate Ligament Syndrome (MALS) staat ook wel bekend als Dunbar syndroom of a. coeliaca compressie syndroom. Het wordt veroorzaakt door compressie van de a. coeliaca door het ligamentum arcuatum mediale. Mogelijk speelt ook compressie van de plexus coeliacus (zenuwnetwerk in de bovenbuik) een rol. Bij MALS kunnen patiënten symptomen hebben als buikpijn, meestal postprandiaal (na de maaltijd), gewichtsverlies, braken en diarree. Het bestaan van het ziektebeeld is controversieel. Asymptomatische externe compressie van de a. coeliaca wordt relatief vaak gezien (incidentie 3-7%). De prevalentie van het syndroom is onbekend, maar symptomen komen zelden voor bij externe a. coeliaca compressie. MALS treedt vaker op bij vrouwen bij een leeftijd van 40 tot 60 jaar.

Diagnostiek

Vanwege de zeldzaamheid en de specifieke symptomen, wordt MALS vaak pas gediagnostiseerd nadat andere vaker voorkomende oorzaken van chronische buikpijn zijn uitgesloten. Compressie van de a. coeliaca door het mediane arcuate ligament kan worden vastgesteld met een doppler echografie, CT of MR angiografie (afbeelding van slagaders). Radiologisch onderzoek dient zowel bij in- als expiratie (in- als uitademing) plaats te vinden om een stenose uit te kunnen sluiten. Bij expiratie neemt door caudale beweging van het middenrif (naar beneden) de stenose van de a. coeliaca toe, terwijl de stenose bij inspiratie niet bij alle patiënten zichtbaar is.

Behandeling

Volgens de Europese richtlijn over Chronische mesenteriale ischemie (2022) is er discussie over de behandeling van MALS. Mogelijke behandelingen van MALS zijn het vrijmaken van de a. coeliaca door het klieven van het ligament waarvoor verschillende technieken bestaan, namelijk open of laparoscopische chirurgie of retroperitoneale endoscopie. Laparoscopische en endoscopische technieken hebben als voordeel dat ze minder invasief zijn en minder gastro-oesofageale reflux veroorzaken, maar er is geen bewijs dat de ene methode beter is dan de andere. De Europese richtlijn heeft een zwakke aanbeveling over behandeling met chirurgie

geformuleerd, zonder voorkeur uit te spreken voor het type ingreep, vanwege de zeer lage kwaliteit bewijs van de beschikbare literatuur.

Onderzoek in het kader van Veelbelovende Zorg

Zoals verweerder heeft aangegeven, wordt sinds 2022 een gerandomiseerde studie in Nederland verricht om te onderzoeken of endoscopische retroperitoneale a. coeliaca release (vrijmaken van a. coeliaca) door middel van het doornemen van het ligament effectief is bij patiënten met MALS met buikklachten. Het onderzoek wordt uitgevoerd met een subsidie van de regeling Veelbelovende Zorg. De subsidieregeling Veelbelovende Zorg is bedoeld voor zorg die nog niet voldoet aan het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Partijen hebben op basis van een systematisch review van Metz et al. (2022) aangegeven dat nog onvoldoende duidelijk is of doornemen van het ligament arcuatum mediale effectief is. Het onderzoek is opgezet met steun vanuit de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, de Nederlandse Vereniging voor Maag-Darm-Leverartsen en Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie, internationale richtlijnwerkgroepen, de Patiëntenkoepel voor zeldzame en genetische aandoeningen, de Harteraad en Zorgverzekeraars Nederland. Aan het einde van de studie in 2027 zal het Zorginstituut beoordelen of deze behandeling effectief is en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Metz et al. (2022) heeft een systematische review verricht naar de effectiviteit van behandelingen van MALS. In totaal werden 38 niet-vergelijkende studies (28 retrospectief en zeven prospectief) met 880 patiënten met MALS (met buikklachten) geïnccludeerd. Hiervan kregen 851 patiënten een chirurgische behandeling waarbij het ligament werd doorgenomen. In 35 studies was er bij 669 patiënten sprake van een verbetering van de symptomen. In de meerderheid van de studies (twintig van de 35 studies) had meer dan 70% van de patiënten een verbetering van symptomen bij drie tot 228 maanden follow-up. In 21 studies met 512 patiënten werd bij 12% complicaties gemeld, waarbij een intraoperatieve bloeding het meest voorkwam (41% van 12%). De auteurs concluderen dat het bewijs van zeer lage kwaliteit is door de studieopzet en een verhoogd risico op bias, waardoor het onduidelijk is of doornemen van het ligament effectief is in vergelijking met conservatieve therapie.

Literatuuronderzoek

Het Zorginstituut heeft voor de volledigheid literatuuronderzoek verricht naar nieuwe studies sinds de publicatie van de systematische review van Metz et al. (2022). De vraagstelling van het literatuuronderzoek was of een operatie waarbij de a. coeliaca wordt vrijgemaakt door doornemen van het ligament arcuatum mediale effectief is in vergelijking met conservatief beleid bij patiënten met MALS (met buikklachten). Hiervoor zijn vergelijkende studies nodig die de uitkomsten van een operatie vergelijken met die van een conservatieve behandeling.

In maart 2025 werd systematisch literatuuronderzoek door het Zorginstituut verricht, waarbij gezocht is vanaf 16 juli 2021 (zoekdatum Metz et al. (2022)) tot heden in Embase via Embase.org, Medline via Ovid en Cochrane Central via Wiley. Hierbij werd gezocht naar studies waarin ten minste twintig patiënten met MALS met buikklachten werden geïnccludeerd. De literatuursearch leverde 128 artikelen op, waarvan na screening op titel en abstract negentien artikelen fulltext werden gelezen. De search bevatte geen vergelijkende studies die de effecten van chirurgie met conservatief beleid hebben vergeleken. Er werden acht observationele studies (totaal 809 patiënten) gevonden die de resultaten van operaties met klieven van het ligament arcuatum mediale bij MALS met buikklachten hebben gerapporteerd. Studies die niet over de symptomen van patiënten rapporteren werden niet meegenomen. Na de operatie was er een verbetering van de symptomen bij 79% tot 90% van de patiënten (vier van de acht studies) of afwezigheid van symptomen bij 40% tot 78% patiënten (vijf van de acht studies). Na een follow-up van zeven maanden tot drie jaar was dit respectievelijk bij 37% tot 90% van de patiënten (zeven van de acht

studies) en bij 55% tot 90% van de patiënten (drie van de acht studies). In zeven van de acht studies traden perioperatief 4% tot 20% complicaties op. In de grootste studie (516 patiënten) werd tijdens de ingreep ook bij 11% van de patiënten een vasculaire interventie verricht, hetgeen de resultaten kan hebben vertekend. De kwaliteit van het bewijs is zeer laag.

Conclusie

Door het ontbreken van studies die de uitkomsten van doornemen van het ligament arcuatum mediale hebben vergeleken met conservatieve behandeling is het onzeker of deze chirurgie effectief is bij patiënten met MALS. Chirurgie met doornemen van het ligament arcuatum mediale bij MALS voldoet hiermee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het onderzoek dat in kader van de subsidieregeling Veelbelovende Zorg wordt verricht zal naar verwachting in de toekomst meer duidelijkheid geven over de effectiviteit van het vrijmaken van a. coeliaca door middel van het doornemen van het ligament bij patiënten met MALS met buikklachten.

Nefroptosis

Achtergrond

Van nefroptosis is sprake bij een daling van de nier van meer dan vijf centimeter of ten minste twee wervels naar beneden als een patiënt van een liggende naar staande positie beweegt. De beweeglijkheid van de nier wordt waarschijnlijk veroorzaakt door verminderde ondersteuning van structuren rondom de nier.

Nefroptosis is asymptomatisch bij de meeste patiënten. Patiënten ontwikkelen klachten door onder andere obstructie van de ureter (urineleider) met als gevolg hydronefrose (uitgezet nierbekken) of afklemmen van de vaatsteel of zenuwen. Symptomen die kunnen optreden zijn acute of zeurende pijn in de flanken of buik die afneemt in rust, een beweeglijke massa in de buik, misselijkheid en braken. Patiënten kunnen last hebben van voorbijgaande hematurie, urineweginfecties en nierstenen. Ook kunnen ze hypertensie ontwikkelen. Nefroptosis is een zeldzame aandoening, waarvan de prevalentie onbekend is. In 70% van de gevallen is de rechternier aangedaan. De aandoening komt vaker voor bij (slanke) vrouwen dan bij mannen.

Redelijkerwijs aangewezen op

Nefropexie voldoet volgens verweerder aan de stand van de wetenschap en praktijk voor de behandeling van symptomatische nefroptosis. De beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk voor deze ingreep is hiermee niet in geschil. Het Zorginstituut beoordeelt hieronder of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op een nefropexie.

Diagnostiek

In eerste instantie wordt laboratoriumonderzoek (bloed en urine) verricht om andere oorzaken uit te sluiten. De diagnose berust op beeldvormend onderzoek dat daling van de nier van meer dan vijf centimeter, ureterobstructie of verminderde arteriële flow (bloedstroom in de nierslagader) bij zitten of staan vaststelt. Het onderzoek kan bestaan uit een echo dopplergrafie en renogram (scan van de nieren met een radioactieve stof) in liggende en staande positie en een CT met een buikoverzichtsfoto.

Behandeling

Patiënten met langer bestaande symptomen bij nefroptosis met ureterobstructie of verminderde renale doorbloeding komen in aanmerking voor chirurgie. De behandeling bij symptomatische nefroptosis bestaat uit renale fixatie (vastzetten van nier) in de oorspronkelijke hoog retroperitoneale positie. Hiervoor zijn verschillende technieken, namelijk open, laparoscopische en percutane nefropexie, waarbij laparoscopische benadering het meest wordt toegepast. Voor de ingreep dient zorgvuldige indicatiestelling plaats te vinden.

Overleg Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

Op 2 april 2025 heeft overleg plaats gevonden tussen het Zorginstituut en een uroloog namens de NVU. Tijdens dit overleg heeft de uroloog het volgende aangegeven:

Pijnklachten kunnen ook door andere oorzaken optreden. Nefroptosis is heel zeldzaam, andere mogelijke oorzaken van pijnklachten dienen daarom eerst te worden uitgesloten. Naast een echoduplex onderzoek is een aanvullend functieonderzoek van de nieren zoals een renogram in liggende en staande positie nodig om de diagnose en de indicatie voor nefropexie te stellen. Met het renogram worden de aanvoer, functie en de afvoer van de nier in beeld gebracht. Een intraveneus pyelogram (röntgenonderzoek waarbij de urinewegen worden afgebeeld) werd in het verleden verricht, maar tegenwoordig niet meer. Er bestaat alleen een indicatie voor nefropexie indien naast symptomen en het zakken van de nier, er sprake is van afvoerbelemmering van de nier of eventueel verminderde doorbloeding.

Beoordeling

Op basis van de beschikbare medische informatie in het dossier had verzoekster langer bestaande pijnklachten in de flanken en de bovenbuik, hypertensie en daling van de rechternier van meer vijf centimeter bij echo-onderzoek in staande vergeleken met liggende positie. Er kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster een indicatie had voor een nefropexie. Het medisch dossier bevat geen informatie over eventuele andere symptomen of het uitsluiten van andere oorzaken. Ook is naast de echodopplergrafie niet aanvullend functieonderzoek van de nier met een renogram verricht.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier blijkt niet dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een nefropexie.

Nader onderzoek

Verweerder dient zijn standpunt ten aanzien van het echo doppleronderzoek nader te onderbouwen, met betrekking tot zowel het plegen te bieden-criterium als de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij dient de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk gebaseerd te worden op literatuuronderzoek.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de volgende ingrepen niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk: de plaatsing van extravasculaire stents bij MTS zonder trombose, de plaatsing van extravasculaire stents bij NCS en chirurgie met doornemen van het ligament arcuatum mediale bij MALS. Ook blijkt op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een nefropexie. Verzoekster kan gelet op het voorgaande geen aanspraak maken op vergoeding van de uitgevoerde operatie in Düsseldorf ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De uitgevoerde ingrepen in Düsseldorf (plaatsing van extravasculaire stents bij MTS zonder trombose, plaatsing van extravasculaire stents bij NCS en het doornemen van het ligament arcuatum mediale bij MALS) maken geen onderdeel uit van het basispakket. Ook kan verzoekster geen aanspraak maken op vergoeding van een nefropexie ten laste van de basisverzekering. Het Zorginstituut adviseert u daarnaast om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande (zie 'nader onderzoek')."

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 14 juli 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit het verslag van de arts in Leipzig van 11 april 2024 blijkt dat de arts een vragenlijst heeft afgenomen, lichamelijk onderzoek heeft verricht en een kleurenechodopplergrafie heeft verricht bij verzoekster, waarbij beoordeeld is of er sprake was van abdominale vasculaire compressiesyndromen. Hierbij werd de pixelflux software gebruikt om onder andere de renale perfusie te meten.

Pixelflux techniek

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

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

Plegen te bieden

Een echo(doppler)grafie valt onder zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden. Een echografie behoort niet het exclusieve domein van radiologen en kan door andere artsen dan radiologen worden verricht. Uit de beleidsnotitie van de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVVR) volgt dat medisch-specialisten hier wel voor gekwalificeerd en geschoold dienen te zijn.

Stand van de wetenschap en praktijk

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

De pixelflux methode (pixel flow analyse) is een technische variant van de methode (pulsed wave doppler) bij gewoon echodoppleronderzoek. Met beide methoden kan de (orgaan)perfusie worden beoordeeld bij de diagnostiek van abdominale vasculaire compressiesyndromen. Het Zorginstituut gaat er daarom vanuit dat de effectiviteit van de pixelflux methode vergelijkbaar is met de methode van gewoon echodoppleronderzoek.

Redelijkerwijs aangewezen op

Uit de medische informatie in het dossier blijkt dat de internist verzoekster heeft doorverwezen naar de arts in Leipzig voor diagnostiek van vasculaire compressiesyndromen. De internist schrijft dat verzekerde POTS met diverse invaliderende klachten had, waarbij verzoekster rolstoelgebonden was. Uit het EPD blijkt dat verzoekster last had van oedemen in november 2022

en algehele malaise in april 2023. Verder is echter niet duidelijk beschreven welke invaliderende klachten verzoekster had. Ook is op basis van de medische correspondentie en het medisch dossier niet duidelijk of er afwijkingen waren bij lichamelijk onderzoek, welke diagnostiek is verricht om andere oorzaken uit te sluiten en wat de bevindingen waren (bijv. van de CT-angio). Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut daarom dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op aanvullend echodoppleronderzoek.

Conclusie

Echodoppleronderzoek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut gaat ervan uit dat de effectiviteit van de pixelflux methode vergelijkbaar is met de methode van gewoon echodoppleronderzoek. Het Zorginstituut concludeert daarnaast dat niet kan worden vastgesteld of verzoekster was aangewezen op een echodoppleronderzoek voor de diagnostiek van abdominale vasculaire compressiesyndromen. Verzoekster kan hierdoor geen aanspraak maken op vergoeding van een echodoppleronderzoek ten laste van de basisverzekering.

Daarnaast blijft de conclusie van Zorginstituut uit het voorlopig advies van 17 april 2025 ongewijzigd: verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de uitgevoerde operatie in Düsseldorf ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op een echodoppleronderzoek en kan geen aanspraak maken op vergoeding hiervan ten laste van de basisverzekering.

Het advies van 17 april 2025 met betrekking tot de uitgevoerde operatie in Düsseldorf blijft ongewijzigd:

- Plaatsing van extravasculaire stents bij MTS zonder trombose, plaatsing van extravasculaire stents bij NCS en het doornemen van het ligament arcuatum mediale bij MALS maken geen onderdeel uit van het basispakket.
- Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van een nefropexie ten laste van de basisverzekering.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, ‘plegen te bieden’, de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek (BW), en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar Duitsland gegaan om daar zorg af te nemen. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, zal de commissie eerst hieraan toetsen. In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg

volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn zorgverzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).

- 7.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft hierop afwijzend beslist, omdat geen sprake is van verzekerde zorg, dat wil zeggen zorg zoals medisch specialisten die 'plegen te bieden' en die voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', onderscheidenlijk, voor zover het wel verzekerde zorg betreft, verzoekster hierop niet redelijkerwijs is aangewezen.
De commissie merkt in dit verband op dat met de verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket is beoogd. Dit betekent dat de voorwaarden dat (i) sprake moet zijn van verzekerde zorg en (ii) zorg waarop de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen, in een buitenslandssituatie voor de toepassing van de verordening onverkort gelden. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 7.4. Verzoekster wil dat de ziektekostenverzekeraar de door haar in Duitsland gemaakte kosten vergoedt. De commissie is zich zeer bewust van de situatie waarin verzoekster vóór de behandeling verkeerde, en deze bestond kennelijk al vele jaren. Verzoekster heeft haar gezondheidssituatie en de lange weg naar de behandeling die haar uiteindelijk uitkomst bood duidelijk gemaakt. De commissie dient echter te beoordelen of in het geval van verzoekster is voldaan aan de voorwaarden die in dit verband van toepassing zijn.
- 7.5. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. Blijkens artikel 16 behoort medisch specialistische zorg tot de verzekerde prestaties. De inhoud en omvang van deze aanspraak worden mede bepaald door de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Voor zover aan deze criteria is voldaan, is sprake van verzekerde zorg. Indien het verzekerde zorg betreft, is de volgende vraag of betrokkene hierop redelijkerwijs is aangewezen. Dit blijkt uit hetgeen is bepaald in artikel 1.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De hiervoor genoemde bepalingen zijn gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv.
Daarna moet worden beoordeeld of de behandeling doelmatig is en of aan bepaalde formele vereisten – zoals het hebben van een gerichte verwijzing en een eventueel benodigde voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar op grond van de verzekeringsvoorwaarden – is voldaan.
- 7.6. Gelet op artikel 114, derde en vierde lid, Zvw is de commissie gehouden in een geschil als het onderhavige advies te vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut maakt in zijn voorlopig advies van 17 april 2025 en zijn nader voorlopig advies van 14 juli 2025 onderscheid tussen de drie verschillende onderdelen waarvoor vergoeding wordt gevraagd, namelijk (1) het echodoppleronderzoek volgens de pixelflux methode, (2) de in Düsseldorf uitgevoerde ingrepen en (3) de nefropexie.
- 7.6.1. Ten aanzien van (1) het echodoppleronderzoek constateert de commissie dat partijen inmiddels tot overeenstemming zijn gekomen, zodat hierover geen geschil meer bestaat. Hetgeen partijen in dit verband hebben aangevoerd, kan daarom verder onbesproken blijven.
- 7.6.2. Waar het gaat om (2) de in Düsseldorf uitgevoerde ingrepen, namelijk (a) de plaatsing van extravasculaire stents bij MTS zonder trombose, (b) de plaatsing van extravasculaire stents bij NCS en (c) het doornemen van het ligament arcuatum mediale bij MALS, heeft het

Zorginstituut een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

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 (hierna: het rapport) is een dergelijke richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling.

Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs (‘evidence’) ontbreekt.

- 7.6.3. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode.

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

Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:

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

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

- 7.6.4. Volgens het Zorginstituut is er geen bewijs dat (a) de plaatsing van extravasculaire stents effectief is voor de behandeling van patiënten met MTS zonder trombose. Verder zijn geen vergelijkende studies gevonden die de effectiviteit van (b) de plaatsing van een extravasculaire stent hebben vergeleken met transpositie van de v. renalis bij patiënten met NCS. De beschikbare niet-vergelijkende studies over de uitkomsten van extravasculaire stents zijn van zeer lage kwaliteit. Daarmee is onvoldoende aangetoond dat plaatsing van extravasculaire stents bij NCS effectief is. Ten aanzien van (c) het doornemen van het ligament arcuatum mediale bij MALS geldt dat door het ontbreken van studies die de uitkomsten hiervan hebben vergeleken met conservatieve behandeling het onzeker is of deze chirurgie effectief is bij patiënten met MALS. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat deze ingrepen (a), (b) en (c) niet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en derhalve geen deel uitmaken van het basispakket.

- 7.6.5. Voor (3) de nefropexie geldt volgens het Zorginstituut dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet blijkt dat verzoekster hierop redelijkerwijs was aangewezen. Verzoekster had al langer bestaande pijnklachten in de flanken en de bovenbuik, hypertensie en daling van de rechternier van meer vijf centimeter bij echo-onderzoek in staande vergeleken met liggende positie. Er kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster een indicatie had voor een nefropexie. Het medisch dossier bevat geen informatie over eventuele andere symptomen of het uitsluiten van andere oorzaken. Ook is naast de echo dopplergrafie niet aanvullend functieonderzoek van de nier met een renogram verricht.
- 7.7. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over de gecombineerde behandeling geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken. Immers, als bij onderzoek is vastgesteld dat de onderdelen (a), (b) en (c) elk afzonderlijk niet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ valt niet in te zien waarom dit voor de combinatie van de drie anders zou zijn. Bovendien had het in dat geval op de weg van verzoekster gelegen hiervan bewijs te leveren, hetgeen zij niet heeft gedaan. Ook het door haar gestelde over het positieve effect van de behandeling in Duitsland en haar kritiek op ‘de gouden standaard’, vormen voor de commissie geen aanleiding om het advies van het Zorginstituut niet te volgen. Dit betekent dat voor onderdeel (2) geen sprake is van verzekerde zorg, en dat voor onderdeel (3) geldt dat weliswaar sprake is van verzekerde zorg, maar dat verzoekster hierop niet redelijkerwijs was aangewezen. De ziektekostenverzekeraar hoefde de kosten van de in Duitsland genoten zorg daarom niet op basis van de zorgverzekering te vergoeden en de toestemming op grond van de verordening werd verzoekster terecht geweigerd.
- 7.8. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in een ander geval wel vergoeding heeft verleend voor een nefropexie. De commissie overweegt dat een beroep op bestaand beleid, eventueel in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden en de hieraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving, alleen kan slagen voor zover volledig identieke gevallen ongelijk worden behandeld. Dit laatste is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt. Zij heeft weliswaar een geanonimiseerde akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar, gericht aan een andere verzekerde, overgelegd, maar hieruit blijkt niet dat de (medische) situatie van deze verzekerde gelijk is aan die van verzoekster. Met name valt hier te denken aan de mogelijkheid dat in het betreffende geval wél een aanvullend functieonderzoek door middel van een renogram werd uitgevoerd, waarmee de noodzaak van de nefropexie kon worden aangetoond. De stelling van verzoekster dat zij volledig op de hoogte is van de inhoud van de aanvraag van deze verzekerde, en dat de nierversakking van deze verzekerde aantoonbaar minder ernstig is, maakt dit niet anders.
- Ook de verwijzing naar een vergoeding door een andere zorgverzekeraar kan niet slagen, waarbij met name de vraag is wat het karakter was van deze vergoeding. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar in dit kader gesteld dat het zou kunnen gaan om een onverplichte vergoeding - dat wil zeggen: een vergoeding in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden en de hieraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving - hetgeen door verzoekster niet gemotiveerd is bestreden.
- 7.9. Tot slot dient aan de orde te komen of toepassing van de verzekeringsvoorwaarden – en dan met name de bepaling over de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ - onder de gegeven omstandigheden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, zoals bepaald in artikel 6:248, tweede lid, BW. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar de jurisprudentie van de Hoge Raad, meer specifiek het Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679).
- De commissie stelt vast dat niet is voldaan aan de in dit arrest geformuleerde criteria. Zo is niet de verwachting dat de onder 7.6.4. genoemde zorg binnenkort in het verzekerde pakket wordt opgenomen. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat onverkorte toepassing van de

verzekeringsvoorwaarden onder de gegeven omstandigheden niet leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

Slotsom

7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 november 2025,

L. Ritzema

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Basis Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

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

Medische noodzaak

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

1.2. Wie mag de zorg verlenen

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

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

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

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

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

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

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

Artikel 9. Buitenland

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

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

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

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

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

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

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

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

Let op

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

9.3. Toestemming en/of verwijzing

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

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

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

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. Kijk voor meer informatie over het indienen van een klacht op onze website.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter in Nederland.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor een klacht indienen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

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

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

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

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

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

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

Dit is niet verzekerd

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

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

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

Hier kunt u terecht

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

Let op

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

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

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

Integrale geboortezorg

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

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

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

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

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

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

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

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

Extra informatie

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