

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202500532

Partijen

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

en

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 20 maart 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ. Desgevraagd heeft verzoekster op 16 mei 2025 telefonisch verklaard dat zij de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen wil overslaan en dat zij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vraagt een uitspraak te doen. Op 11 juni 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 29 juli 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 juli 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 5 augustus 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025017049) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 6 augustus 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 1 oktober 2025 door twee leden van de commissie gehoord. De beslissing op het verzoek zal worden genomen door genoemde twee leden en een derde lid, welk laatste lid kennisneemt van het gehele dossier inclusief de aantekeningen van de hoorzitting. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Na de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld een kopie van een chatgesprek over te leggen. Bij bericht in het portaal van de SKGZ van 8 oktober 2025 heeft verzoekster meegedeeld hierover niet meer te beschikken. Een kopie van deze reactie is op dezelfde dag ter kennisname aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 24 oktober 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 5 augustus 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 28 oktober 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoekster is tijdens een vakantie in Turkije gevallen, waardoor de knieklachten die zij al had verergerden. Verzoekster heeft zich met deze klachten gemeld bij de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) in Izmir. Uiteindelijk is zij in Turkije geopereerd aan haar knie. De kosten hiervan heeft zij achteraf bij de zorgverzekeraar gedeclareerd.
- 2.3. Bij brief van 18 februari 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat vergoeding van de kosten van de in Turkije uitgevoerde ingreep is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 maart 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 5 augustus 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 28 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de kosten van de in Turkije uitgevoerde ingreep aan haar knie alsnog te vergoeden.
- 3.2. Zij heeft hiertoe in het klachtenformulier van 20 maart 2025 toegelicht dat zij op 19 juni 2024 naar Turkije is gegaan om daar drie maanden bij haar dochter te verblijven. Begin augustus is zij gevallen, waardoor de knieklachten die zij al heel lang heeft, zijn verergerd. Zij kon niet meer lopen en staan. Op de SEH in Izmir concludeerde de arts, die haar zag, dat verzoekster direct moest worden geopereerd, omdat zij anders blijvend invalide zou raken. De knie was zo erg versleten dat elke dag wachten de situatie erger zou maken. De schoondochter van verzoekster heeft toen contact gezocht met de Alarmcentrale van de zorgverzekeraar. Ondanks de onderzoeksrapporten die er lagen, werd geoordeeld dat het geplande zorg betrof, als gevolg waarvan geen vergoeding werd verleend. De Alarmcentrale gaf als advies de kosten voor te schieten en deze vervolgens bij de zorgverzekeraar te declareren. Er werden ook namen van ziekenhuizen doorgegeven waarmee de zorgverzekeraar samenwerkt. Verzoekster is nog van ziekenhuis gewisseld zodat achteraf geen “gedoe” zou ontstaan over de vergoeding. De schoondochter van verzoekster heeft destijds telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Ook daar kreeg zij het advies de kosten later te declareren. Verder werd gezegd dat een en ander soepeler zou gaan omdat er al een dossier was van de Alarmcentrale.
- 3.3. Na declaratie werd vergoeding echter afgewezen. De reden hiervoor was dat de zorgverzekeraar van mening is dat de zorg niet conform de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ is omdat een prothese is geplaatst die in Nederland niet wordt gebruikt. Turkije loopt altijd voorop met het toelaten van medische hulpmiddelen. Volgens de behandelend arts heeft hij de allerbeste prothese ingezet met een ODEP-rating van 15A+. Dat de prothese niet in Nederland wordt gebruikt, wil niet zeggen dat deze niet goed is. Het gaat inmiddels heel goed met verzoekster en het herstel verliep vlot. Als leek kon verzoekster niet weten welke prothese zou worden geplaatst en of deze voldeed aan de voorwaarden. Hierop is zij ook nooit door de Alarmcentrale of de zorgverzekeraar gewezen. Het gaat bovendien niet om een hoge rekening. De kosten belopen nog

geen € 2.000,--, terwijl de operatie in Nederland € 15.000,-- zou kosten, waarbij dan nog de fysiotherapie en revalidatie komen.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat door de zorgverzekeraar de indruk is gewekt dat de operatie zou worden vergoed. Tijdens de telefonische contacten is nooit benoemd dat het type prothese van belang was voor een mogelijke vergoeding. Verzoekster had al jaren knieklachten en kreeg regelmatig injecties. Tijdens een vakantie verergerden haar klachten na een val, waarna de arts meedeelde dat een operatie noodzakelijk was. Terugkeer naar Nederland was in haar situatie niet mogelijk. De Alarmcentrale wees de aanvraag af, omdat verzoekster in een brief had laten zetten dat geen sprake was van een knie-trauma. Zij begrijpt niet waarom zoveel waarde wordt gehecht aan deze brief, terwijl het dossier wat anders laat zien. Na de afwijzing nam verzoekster opnieuw contact op met de Alarmcentrale en met de zorgverzekeraar, en kreeg zij het advies de behandeling te laten uitvoeren en deze achteraf ter declaratie in te dienen. De kosten bedroegen € 2.000,--, terwijl dit in Nederland € 10.000,-- tot € 15.000,-- zou zijn, exclusief revalidatie en fysiotherapie. Tijdens een chatgesprek met de zorgverzekeraar is haar gezegd dat zij de declaratie achteraf kon indienen, en dat er soepeler wordt beoordeeld omdat er een dossier van de Alarmcentrale aanwezig is.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door haar in Turkije ondergane knieoperatie. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 7 maart 2025 aangevoerd dat de artsen van de Alarmcentrale hebben beoordeeld dat het niet ging om spoedeisende zorg. Na declaratie van de kosten heeft de medisch adviseur van de zorgverzekeraar de aanvraag inhoudelijk beoordeeld. De medisch adviseur is tot de conclusie gekomen dat het niet gaat om zorg die conform de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ is. Om die reden gaat het niet om verzekerde zorg en komen de kosten van de operatie niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 29 juli 2025 heeft de zorgverzekeraar aanvullend verklaard dat verzoekster voor het eerst op 8 juli 2024 telefonisch contact met hem heeft gezocht over de vergoeding van een knieoperatie. De zorgverzekeraar heeft verzoekster tijdens dit gesprek geadviseerd om contact op te nemen met de Alarmcentrale, omdat zij op dat moment kennelijk al in het buitenland verbleef. Op 5 augustus 2024 heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen met de Alarmcentrale met de vraag om advies welk ziekenhuis in Izmir zij het beste kon bezoeken. Dezelfde dag heeft zij een aanvraag bij de Alarmcentrale ingediend voor een behandeling in het Gazi ziekenhuis in Izmir. Naar aanleiding van deze aanvraag heeft de Alarmcentrale advies gevraagd aan zijn medisch adviseurs. Zij hadden meer informatie nodig, waarop de Alarmcentrale deze bij verzoekster heeft opgevraagd. Op basis van de verstrekte informatie hebben de artsen van de Alarmcentrale op 8 augustus 2024 geconcludeerd dat geen sprake was van spoedeisende zorg en dat bovendien geen verslag beschikbaar was van de beoordeling door een orthopedisch chirurg met betrekking tot een vervangingsoperatie. Verzoekster is toen geadviseerd om in Nederland een indicatie te laten stellen. De Alarmcentrale heeft verzoekster hier telefonisch over geïnformeerd en het dossier gesloten. Op 9 augustus 2024 heeft verzoekster opnieuw telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar over de vergoeding van de knieoperatie. Omdat er al een dossier was bij de Alarmcentrale, heeft de zorgverzekeraar haar geadviseerd contact op te nemen met de Alarmcentrale.
- 4.3. Op 17 oktober 2024 heeft verzoekster de kosten in verband met de knieoperatie in Turkije bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Op basis van de informatie die bij de declaratie was gevoegd, kon de zorgverzekeraar de behandeling helaas nog niet beoordelen. Bij brief van 6 december 2024 heeft de zorgverzekeraar daarom om aanvullende gegevens gevraagd. Verzoekster heeft naar aanleiding van deze brief op 24 december 2024 met de zorgverzekeraar gebeld. Zij vroeg of de

ontbrekende informatie niet uit het dossier van de Alarmcentrale kon worden gehaald, en ook informeerde zij wat er werd bedoeld met de ODEP-rating. De zorgverzekeraar heeft hierop uitgelegd dat een deel van het gevraagde door verzoekster zelf moest worden aangeleverd en dat de informatie over de prothese door de arts in Turkije moest worden verstrekt. De zorgverzekeraar heeft op 30 december 2024 aanvullende informatie van verzoekster ontvangen. Omdat hieruit - onder andere - nog niet bleek welke ODEP-rating de knieprothese had, heeft de zorgverzekeraar verzoekster daar bij brief van 15 januari 2025 om gevraagd. Op 17 januari 2025 heeft de zorgverzekeraar dit verzoek telefonisch nog eens bevestigd. Op 30 januari 2025 heeft de zorgverzekeraar een brief ontvangen, waarop met de hand is bijgeschreven dat het een ODEP-rating 15A+ betreft.

- 4.4. Om in aanmerking te komen voor vergoeding vanuit de zorgverzekering, dient deze zorg te voldoen aan de 'stand van wetenschap en praktijk'. Het antwoord op de vraag of een zorgvorm behoort tot de 'stand van de wetenschap en praktijk' is volgens het Zorginstituut en de Hoge Raad afhankelijk van de kwaliteit van het beschikbare wetenschappelijke bewijs dat de interventie bij patiënten met de betreffende indicatie(s) effectief is, dat wil zeggen: in voldoende mate gezondheidswinst oplevert. De Nederlandse Orthopaedische Vereniging (hierna: NOV) heeft in september 2024 een advies uitgebracht voor de classificatie van orthopedische implantaten. De NOV maakt hierbij gebruik van de Engelse ODEP-registratie om te bepalen of een prothese bewezen effectief en veilig is, waarbij de prothese minimaal vijf jaren een bewezen goed resultaat moet hebben bereikt. De NOV adviseert dat bij het plaatsen van een totale knieprothese, de prothese moet beschikken over een ODEP-rating van 5A of hoger. Uit de aanvullende informatie van 30 december 2024 blijkt dat bij verzoekster gebruik is gemaakt van de Destiknee® prothese van de fabrikant Maxx Orthopedics / Meril life. In tegenspraak tot hetgeen de arts in Turkije heeft verklaard, is de Destiknee® prothese niet te vinden in het register op de website van ODEP (wel de 'Freedom', het andere TKP-type van Maxx Orthopedics / Meril). Dit maakt het niet navolgbaar dat er een geldige ODEP-rating voor deze specifieke prothese is. Gelet op het advies van de NOV voldoet de Destiknee® prothese niet aan de 'stand van wetenschap en praktijk'. Daarnaast is er op Pubmed met de zoekterm 'Destiknee®' geen wetenschappelijke publicatie terug te vinden waarin lange termijn-resultaten van de Destiknee® worden beschreven. Ook dit draagt ertoe bij dat de Destiknee®-prothese niet voldoet aan de 'stand van wetenschap en praktijk'.
- 4.5. Verzoekster stelt nu dat zij de dupe is geworden van de keuze van de buitenlandse arts. Zij vraagt zich af waarom niemand bij de Alarmcentrale of de zorgverzekeraar haar erop heeft gewezen op te letten wat voor soort prothese zou worden gebruikt. De zorgverzekeraar wenst in dit verband te benadrukken dat verzoekster tijdens de eerste telefonische contacten op 8 juli 2024 en 9 augustus 2024 expliciet is geadviseerd om contact op te nemen met de Alarmcentrale, juist om voorafgaand aan de behandeling duidelijkheid te verkrijgen over de vergoeding. De Alarmcentrale heeft de aanvraag van verzoekster beoordeeld en geconcludeerd dat geen sprake was van spoedeisende zorg. De Alarmcentrale heeft verzoekster uitdrukkelijk geadviseerd om de indicatie voor de knieoperatie in Nederland te laten stellen. Daarmee was het voor verzoekster duidelijk dat de behandeling in Turkije niet zonder meer voor vergoeding in aanmerking kwam en dat een aanvullende beoordeling noodzakelijk was. Zij heeft het advies van de Alarmcentrale echter genegeerd en vervolgens heeft de behandeling op 14 augustus 2024 in Turkije plaatsgevonden. Dat verzoekster, ondanks het advies van de Alarmcentrale, heeft gekozen voor een behandeling met een prothese die niet voldoet aan de Nederlandse standaarden, komt voor haar rekening en risico.
- 4.6. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat er enkele contactmomenten met verzoekster zijn geweest. Iedere keer is hierbij verwezen naar de Alarmcentrale, omdat dit in geval van verblijf in het buitenland de aangewezen instantie is. De Alarmcentrale heeft verklaard dat de behandeling niet spoedeisend was. Er is het advies gegeven

om in Nederland een indicatie te laten stellen. De vraag over de gecontracteerde ziekenhuizen is door verzoekster aan de Alarmcentrale gesteld. Daarna is een aanvraag ontvangen, en vervolgens is een negatief advies gegeven omdat de zorg niet spoedeisend was en verzoekster in Nederland een indicatie kon laten stellen. De afhandeling van de aanvraag om vergoeding bij de zorgverzekeraar heeft lang geduurd, omdat er onduidelijkheid was over de prothese. Daarvoor is eerst informatie gevraagd aan de chirurg over de ODEP-classificatie. Daarnaast moest onderzoek worden gedaan naar het bestaan van wetenschappelijk bewijs voor deze prothese.

5. Advies Zorginstituut

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

“De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Advies NOV

De NOV heeft in 2024 een advies uitgebracht met betrekking tot de classificatie van orthopedische implantaten. Hierin wordt geadviseerd een prothese te gebruiken waarvoor een ODEP-classificatie bestaat. De afkorting ODEP staat voor Orthopaedic Data Evaluation Panel, dit is een onafhankelijke groep experts die een objectieve beoordeling van de kwaliteit van bewijs van effectiviteit van implantaten geeft. De NOV adviseert om een implantaat met ODEP-classificatie 5A, 5A, 7A, 7A*, 10A of 10A* te gebruiken. Implantaten zonder een ODEP-classificatie of met een andere ODEP-classificatie (Pre-Entry, 3A, 3A* en alle B-categorieën) kunnen geplaatst worden in het kader van het Beyond Compliance proces en/of indien er in Nederland wetenschappelijk onderzoek plaats vindt naar de resultaten van de prothese. Beyond Compliance is een organisatie die waarborgt dat de toelating van nieuwe implantaten zorgvuldig en na gedegen onderzoek gebeurt.*

Beoordeling

De Destiknee totale knieprothese die bij verzoekster is geplaatst is niet te vinden in het ODEP-register of het register van Beyond Compliance. Het Zorginstituut heeft aanvullend op 31 juli 2025 een literatuursearch gedaan met de zoekterm ‘Destiknee’ in Pubmed en ClinicalTrials.gov. Deze literatuursearch leverde in beide databanken geen resultaten op. Er lijkt dus geen wetenschappelijk onderzoek met de Destiknee totale knieprothese te zijn gedaan of op dit moment te worden uitgevoerd.

Gezien het advies van de NOV en de uitkomsten van de literatuursearch is er op dit moment nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van de Destiknee totale knieprothese. Deze behandeling voldoet daarom niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Het plaatsen van een Destiknee totale knieprothese voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het plaatsen van een Destiknee totale knieprothese maakt geen onderdeel uit van het basispakket.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 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, alsmede artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Om hiervan gebruik te kunnen maken had verzoekster het zogenoemde 111-formulier moeten tonen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kon in dat geval de kosten declareren bij het Turkse uitvoeringsorgaan, voor zover deze althans onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen. Verzoekster heeft van deze weg geen gebruik kunnen of willen maken. Het is niet aan de commissie achteraf te beoordelen of, en tot welk bedrag, de kosten eventueel op basis van de Turkse sociale ziektekostenverzekering hadden moeten worden vergoed. Dit betekent dat de onderhavige beoordeling beperkt blijft tot die aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 7.3. Gelet op het door de zorgverzekeraar ingenomen standpunt, moet de commissie beoordelen of de in Turkije uitgevoerde knieoperatie, waarbij een Destiknee® totale knieprothese is geplaatst, voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport ‘Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023’ van 11 april 2023 is zo’n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs (‘evidence’) ontbreekt.
- 7.4. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat het op systematische wijze gezochte en geselecteerde bewijs op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die

factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.

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

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

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

- 7.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de in Turkije verrichte knieoperatie, waarbij een Destiknee® totale knieprothese is geplaatst. Het advies van het Zorginstituut van 5 augustus 2025 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut komt in het advies tot de conclusie dat plaatsing van deze prothese geen zorg is conform de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De argumenten van verzoekster, waarbij zij aanvoert dat zij als leek niet kon weten welke prothese werd geplaatst en dat zij op dit punt niet is gewaarschuwd door de Alarmcentrale of de zorgverzekeraar, doen niet af aan het advies van het Zorginstituut dat het plaatsen van een Destiknee® totale knieprothese niet valt onder de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. De commissie volgt dit advies. De commissie heeft begrip voor het standpunt van verzoekster dat zij verrast was dat haar wordt tegengeworpen dat het niet gaat om verzekerde zorg, maar dit is nu eenmaal een wettelijke en contractuele voorwaarde. Daarbij neemt de commissie in aanmerking dat als niet dan wel onvoldoende betwist vaststaat dat verzoekster door de Alarmcentrale is geadviseerd in Nederland een indicatie te laten stellen en dat de zorgverzekeraar noch de Alarmcentrale voorafgaand aan de operatie is geïnformeerd over de geplande operatie en de keuze voor deze prothese. De commissie neemt de conclusie en het advies van het Zorginstituut dus over. Dit leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de door haar in Turkije voor de knieoperatie gemaakte kosten, ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 oktober 2025,

H.A.J. Kroon

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. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

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.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering

Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Vernietiging van de verzekeringsovereenkomst

Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 Niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd

U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat

Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het door ons gecontracteerde tarief in de situatie dat een gecontracteerd ziekenhuis of ZBC in het buitenland een diagnostisch deel van de gecontracteerde behandeling laat uitvoeren door een andere zorgverlener waar het gecontracteerde ziekenhuis of ZBC een samenwerkingsverband mee heeft;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Als de zorgnota's en bijbehorende documenten (bijvoorbeeld behandelverslagen) niet zijn opgesteld in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans, kunnen wij u vragen om de nota en/of bijbehorende documenten te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

A.16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

A.17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 U moet ons inlichtingen verstrekken

Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel [17.1](#) van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

A.18 Heeft u een klacht?

18.1 U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Centrale Klachtencoördinatie

Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 5 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, telefonisch of via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 5 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Nederlands recht is van toepassing

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie?

Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf

1. Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet u of uw zorgverlener gebruik maken van het formulier “Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders” welke te vinden is op onze website.
2. Bij de aanvraag voor de toestemming moet u of uw zorgverlener de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. In deze verwijzing moet de zorgvraag en relevante co-morbiditeit vermeld worden. Uit de onderbouwing moet blijken of het om ELV-laag, -hoog of -palliatief gaat. Tevens moet in de verwijzing worden onderbouwd dat u naar verwachting na de opname weer terug naar de thuissituatie kunt. Dit laatste geldt niet bij palliatief terminale zorg. Als wij de aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en uw zorgverlener ontvangen van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
3. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a. een ziekenhuis;
- b. een zelfstandig behandelcentrum of
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via [agbcode.nl](https://www.agbcode.nl). Wanneer een extramuraal werkend specialist niet door ons wordt gecontracteerd, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra.

De zorg bestaat uit:

- a. medisch-specialistische zorg;
- b. uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH arts, arts-assistent, klinisch technoloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg, een tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), GGD-arts (bij TBC of SOA) of een andere medisch specialist.
2. Naar een KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien of door een klinisch fysicus audioloog.
3. Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hieprikscreening bij een pasgeborene.
4. Woont u in een verpleeghuis? En heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts welke werkzaam is in uw verpleeghuis u doorverwijzen.
5. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
6. Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
7. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.
8. Ondergaat u een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van uw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet u uw zorgverlener gebruik maken van het formulier ‘aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie’ welke te vinden is op onze website.

Let op!

In de volgende artikelen van [B. Verzekerde zorg basisverzekeringen](#) zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel [B.8](#) Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie
- Artikel [B.13](#) Audiologisch centrum
- Artikel [B.15](#) Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)
- Artikel [B.19](#) Erfelijksonderzoek en - advisering
- Artikel [B.20](#) Mechanische beademing
- Artikel [B.21](#) Thuisdialyse
- Artikel [B.22](#) Transplantatie van organen en weefsels
- Artikel [B.23](#) Plastische chirurgie
- Artikel [B.24](#) Revalidatie
- Artikel [B.30](#) Bevalling en verloskundige zorg
- Artikel [B.31](#) In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie
- Artikel [B.33](#) Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel [B.41](#) Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b. behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c. behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d. behandelingen met sterilisatie als doel;
- e. behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f. behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel [B.15](#).

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandigbehandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- c. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**Let op!**

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget**Let op!**

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.29 Overnachting in nabijheid ziekenhuis bij CAR T-celtherapie

Ondergaat u CAR T-celtherapie en kunt u niet binnen 60 minuten in het expertziekenhuis zijn waar u behandeld wordt? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van overnachting in de buurt van het expertziekenhuis. U krijgt hiervoor een vergoeding van maximaal € 89,- per nacht.