

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202400931

Partijen

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

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 11 september 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 september 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 31 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 november 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 2 december 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024040038) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 december 2024 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 januari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 5 februari 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 2 december 2024 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht te reageren op de stelling van verzoeker dat onderscheid moet worden gemaakt tussen slotverschijnselen en het op slot zitten van de knie. Volgens verzoeker was dit laatste bij hem aan de orde. Bij brief van 26 februari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 maart 2025 aan partijen gestuurd, waarbij hen de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Bij brief van 20 maart 2025 heeft verzoeker op het definitief advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (combinatiepolis) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend*** en Aanvullend Tand** (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 2.2. In april 2023 verbleef verzoeker in Turkije. Tijdens zijn verblijf heeft hij zich met klachten van de knieën gewend tot het Inova Hastanesi ziekenhuis te Aksaray. Daar is hij op 18 april 2023 behandeld. Uitgevoerd werd een artroscopie beiderzijds in combinatie met stamceltherapie. Een dag later is verzoeker uit het ziekenhuis ontslagen. Bij terugkomst in Nederland heeft hij de van het ziekenhuis ontvangen nota's gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 15 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld geen vergoeding te verlenen omdat geen geldige verwijzing is overgelegd.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Hierbij heeft hij de ziektekostenverzekeraar verzocht een inhoudelijke beoordeling uit te voeren. Bij brief van 4 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de uitgevoerde artroscopie aan beide knieën niet wordt vergoed, omdat geen sprake was van een bewegingsbeperking. De stamceltherapie wordt evenmin vergoed, omdat deze behandeling bij de indicatie pseudojicht niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 2.4. Bij brief van 2 december 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 26 februari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de in Turkije bij hem uitgevoerde artroscopie van beide knieën te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij op 18 april 2023, tijdens zijn vakantie in Turkije, last kreeg van zijn knieën. De klachten bestonden uit een behoorlijke zwelling en het op slot zitten van de kniegewrichten. De behandelend medisch specialist in het ziekenhuis van Aksaray stelde onder andere de diagnoses pseudojicht en contusie (kneuzing) van de knie. Daarnaast werd een scheur in de meniscus geconstateerd. Vanwege de aanwezige klachten is besloten bij verzoeker een artroscopie beiderzijds uit te voeren in combinatie met stamceltherapie. Het betrof een acute situatie en hierover is telefonisch contact opgenomen met (de Alarmcentrale van) de ziektekostenverzekeraar. In dat telefonisch gesprek is toegezegd dat verzoeker zijn zorg, en dus de 23.000 Turkse Lira vergoed zou krijgen, omdat het om spoedeisende hulp in het buitenland ging. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van de ingediende nota's echter verklaard beide behandelingen niet te vergoeden. Blijkens zijn brief aan de commissie van 11 september 2024 legt verzoeker zich erbij neer dat de kosten van de stamceltherapie voor zijn rekening blijven, maar accepteert hij niet dat de kosten van de artroscopie beiderzijds niet worden vergoed. Enerzijds omdat, anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, bij hem wel degelijk sprake was van een bewegingsbeperking. De knieën van verzoeker zaten namelijk op slot en dit volgt niet alleen uit de verklaring van de Turkse arts, maar ook uit het feit dat dit bij een gescheurde meniscus een veelvoorkomende complicatie is. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar zelf verklaard dat bij het op slot schieten van de knie er binnen twee weken een artroscopie dient te worden uitgevoerd. Gelet hierop kan verzoeker de redenering van de ziektekostenverzekeraar dat de artroscopie beiderzijds onlosmakelijk is verbonden met de stamceltherapie niet volgen.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de artroscopie beiderzijds mede niet vergoedt vanwege het ontbreken van een verwijzing. Dat verzoeker niet beschikt over een verwijzing is correct, maar kon ook redelijkerwijs niet van hem worden verlangd, omdat sprake was van een acute situatie. Na het ontstaan van de klachten heeft verzoeker zich direct gewend tot een medisch specialist. Dat de situatie ernstig was blijkt ook uit het feit dat verzoeker direct werd opgenomen, behandeld en pas de volgende dag ontslagen. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 2 december 2024 blijkt dat volgens de richtlijn 'Artroscopie van de knie' onderscheid wordt gemaakt tussen het op slot zitten van de knie en

slotverschijnselen. Een knie op slot wordt gekenmerkt door 'continue klachten en een strekbeperking' terwijl bij slotverschijnselen 'recidiverende intermitterende klachten' horen. Tijdens de bij verzoeker uitgevoerde McMurray test kon hij zijn knie niet volledig buigen of strekken. Van een 'strekbeperking' zoals genoemd in de richtlijn was derhalve sprake en ook aan het vereiste van continue klachten werd voldaan, hetgeen ook blijkt uit het medisch verslag van het ziekenhuis. Hierin wordt immers vermeld dat verzoeker zich meldde met klachten van plotselinge zwelling van de knie en het vastzitten van de knie. Daarnaast was sprake van een meniscus ruptuur.

Verder heeft verzoeker ter zitting herhaald dat hij voorafgaand aan de ingreep zelf contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is aan verzoeker meegedeeld dat hij zich kon laten opereren en dat de nota achteraf kon worden ingediend. Op een later moment heeft de niet van verzoeker nog contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Ook tijdens dit gesprek werd verteld dat de kosten zouden worden vergoed omdat het een spoedoperatie betrof.

- 3.4. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut stelt verzoeker dat, anders dan in het advies staat, bij hem wel degelijk sprake was van het op slot zitten van de knie. Het Zorginstituut baseert zich bij zijn conclusie uitsluitend op de uitgevoerde McMurray test, terwijl uit de richtlijn 'Arthroscopie van de knie' blijkt dat het uitvoeren van meniscustesten alleen, separaat of in combinatie, onvoldoende nauwkeurig is. Dat dit ook in de situatie van verzoeker onnauwkeurig was blijkt uit het feit dat de arts heeft vastgesteld dat tevens sprake was van een meniscusruptuur. Concluderend stelt verzoeker dat, anders dan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut stellen, niet slechts sprake was van 'slotverschijnselen', maar van het daadwerkelijk op slot zitten van de knie. Dit leidt verzoeker af uit het feit dat hij destijds last had van continue klachten en er daarnaast een strekbeperking bestond.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de arthroscopie van beide knieën niet door hem worden vergoed, omdat uit de overgelegde medische verslagen niet duidelijk wordt wat de aanleiding voor de behandeling is geweest. Mogelijk dat de aanleiding was dat de knieën op slot zaten, maar in het verslag van het lichamelijk onderzoek wordt niet gesproken over een bewegingsbeperking. De kosten van de stamceltherapie zijn niet vergoed, omdat deze therapie waarschijnlijk niet is gegeven vanwege pseudojicht, maar vanwege artrose. Dit omdat pseudojicht een ontstekingsreactie is die met medicijnen dient te worden behandeld. Bij artrose wordt, met name in het buitenland, weleens stamceltherapie toegepast. Met betrekking tot die behandeling geldt dat recent in een ander geschil bij de commissie door het Zorginstituut een uitgebreide literatuursearch is gedaan. Op basis hiervan heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat stamceltherapie bij knieartrose niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn reactie aan de commissie van 31 oktober 2024 vast dat uit de brief van verzoeker aan de commissie van 11 september 2024 volgt dat hij zich neerlegt bij de beslissing om de kosten van de stamceltherapie niet te vergoeden. Verzoeker wil daarentegen wél een uitspraak van de commissie over het niet vergoeden van de arthroscopie beiderzijds. Dit omdat volgens verzoeker sprake was van een spoedeisende situatie, de knie op slot zat, en ook in Nederland in dat geval een arthroscopie wordt uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat op grond van artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid aanspraak bestaat 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 verzoeker het zogenoemde N/Tur 111-formulier moeten tonen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder had in dat geval de kosten kunnen declareren bij het Turkse uitvoeringsorgaan, voor zover deze althans onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen. Het staat vast dat verzoeker het N/Tur 111-formulier niet heeft gebruikt zodat de beoordeling dient plaats te vinden op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 4.3. Op grond van artikel 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. In dit artikel is onder meer opgenomen dat voor zorg in het buitenland dezelfde voorwaarden gelden als voor zorg in Nederland. Dat geldt ook voor het vereiste van een verwijzing in

geval van medisch specialistische zorg, waarvan hier sprake is. Een uitzondering op het vereiste van een verwijzing wordt - ingevolge artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet - gemaakt voor acute zorg. Of sprake is van acute zorg wordt bepaald door de medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar en/of de medisch adviseurs van de Alarmcentrale, uitgevoerd door Eurocross. Dit volgt uit de definitie van spoedeisende zorg in artikel A.21 van de polisvoorwaarden. In tegenstelling tot hetgeen verzoeker stelt, zijn noch bij de ziektekostenverzekeraar noch bij Eurocross contact(gegevens) bekend. Nu er geen contact is geweest met de Alarmcentrale, en dit evenmin blijkt uit de overgelegde gegevens uit Turkije, kan van acute zorg niet worden gesproken. Dit betekent dat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering een gerichte verwijzing noodzakelijk is. Een dergelijke verwijzing is door verzoeker niet overgelegd.

4.4. Ondanks het ontbreken van een gerichte verwijzing heeft de ziektekostenverzekeraar onderzocht of de artroskopie van beide knieën voor vergoeding in aanmerking kan komen. De beoordeling is gedaan op basis van de FMS richtlijn 'Artroskopie van de knie'. Als bijlage bij de richtlijn is het 'Stroomschema behandeling meniscusletsel' gevoegd. In dit stuk is makkelijk te zien wanneer er een indicatie is voor een artroskopie. In de verslaglegging van het uitgevoerde lichamelijk onderzoek wordt beschreven dat kniebewegingen mogelijk waren en dat de McMurray test positief was. Bij de McMurray test wordt de knie van volledig gebogen positie naar gestrekte positie gebracht. Het feit dat deze test kon plaatsvinden bevestigt dat er geen sprake was van een continue bewegingsbeperking. De ziektekostenverzekeraar concludeert op basis van de verslaglegging van het uitgevoerde lichamelijk onderzoek dat de knieën van verzoeker niet op slot zaten. Om die reden was verzoeker niet redelijkerwijs aangewezen op een artroskopie beiderzijds.

4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat noch bij hem noch bij de Alarmcentrale gesprekken met verzoeker zijn geregistreerd. Het eerste contact dat is geregistreerd was op 21 september 2023, met de nicht van verzoeker. Dit was kort nadat de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker had meegedeeld dat de kosten niet zouden worden vergoed. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals uiteengezet dat een artroskopie alleen kan worden overwogen in geval van bacteriële artritis of als de knie op slot zit. Uit de overgelegde stukken, en met name de uitslag van de McMurray-test, blijkt niet dat de knieën van verzoeker op slot zaten. Een en ander leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar niet betwist dat verzoeker indertijd knieklachten had, maar deze waren niet dermate ernstig dat een artroskopie was aangewezen.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 2 december 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Voor de beoordeling of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de zorg in geschil moet worden gekeken naar de richtlijn ‘Artroskopie van de knie’.

De richtlijn ‘Artroskopie van de knie’ van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging beschrijft de indicaties voor een artroskopie. Over artrose, bacteriële artritis en meniscusletsel (d.w.z. de aandoeningen waarover in de aangeleverde documentatie wordt gesproken) worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Er wordt aanbevolen om géén artroskopie te verrichten bij artrose. Alleen in geval van behandeling van slotverschijnselen door grote fragmenten in de knie kan een artroskopie overwogen worden. Het moet dan volgens de werkgroep gaan om persisterende slotverschijnselen na falend conservatief beleid.*
- Bij het vermoeden van een acute bacteriële artritis moet er met spoed een punctie van het gewricht plaatsvinden. Als door het onderzoek van het gewrichtsvocht de diagnose bacteriële artritis wordt bevestigd moet het gewricht zo spoedig mogelijk worden gespoeld. Dat laatste gebeurt vaak met behulp van een artroscoop.*
- Bij een acuut ontstane bewegingsbeperking van de knie met als meest waarschijnlijke oorzaak een gescheurde meniscus, wordt aanbevolen om binnen twee weken een artroskopie te verrichten. In het bijbehorende stroomdiagram wordt aangegeven dat het hierbij moet gaan om een knie die op slot zit.*

Pseudojicht wordt niet besproken in deze richtlijn. Deze aandoening wordt behandeld middels medicijnen zoals ontstekingsremmers, colchicine of corticosteroïden. Een artroscopie heeft geen plaats in de behandeling.

Uit de aanbevelingen blijkt dat een artroscopie alleen geïndiceerd is bij een bacteriële artritis die bevestigd is middels een gewrichtspunctie, en bij een knie die plotseling op slot zit als gevolg van acuut meniscusletsel.

Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat er bij verzoeker op basis van het klinisch beeld en laboratoriumonderzoek sprake is van een (verdenking op) bacteriële artritis. Hiernaast zijn de klachten aan beide knieën tegelijkertijd zonder voorafgaand trauma niet passend bij een acuut ontstaan meniscusletsel. De anamnese en het lichamelijk onderzoek die verricht zijn door de orthopeed geven hier eveneens geen aanknopingspunten voor. Dat er in het verslag gesproken wordt van een bewegingsbeperking betekent niet zonder meer dat de knieën op slot zitten. Een zwelling van de knieën kan op zichzelf al leiden tot een bewegingsbeperking. Zoals ook door verweerder is aangevoerd, spreekt het kunnen uitvoeren van de McMurray-test tegen het op slot zitten van de knieën, omdat hierbij het been vanuit gebogen positie volledig gestrekt wordt.

Ten slotte is het opvallend dat vóór de start van de daadwerkelijke artroscopie vetweefsel is verzameld waaruit stamcellen zijn verkregen. Dit wijst erop dat wel degelijk voor start van de behandeling duidelijk was dat er stamcelbehandeling zou plaatsvinden. Hiermee kan worden aangenomen dat de artroscopieën wel degelijk verricht zijn met als doel de behandeling met stamceltherapie.

Al met al blijkt uit de beschikbare documentatie niet dat de artroscopieën werden uitgevoerd vanwege knieën die op slot zaten met als meest waarschijnlijke oorzaak acuut meniscusletsel beiderzijds. Ook was er geen sprake van een bacteriële artritis die bevestigd is middels een gewrichtspunctie. Hiernaast ontbreekt er een grondslag voor het uitvoeren van een artroscopie op grond van pseudojicht; behandeling met medicatie is hiervoor aangewezen. Derhalve had verzoeker geen indicatie voor een artroscopie van beide knieën en is hiermee ook niet redelijkerwijs aangewezen op deze zorg.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker een (verzekerings)indicatie had voor een artroscopie van beide knieën. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de uitgevoerde artroscopieën ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker was niet redelijkerwijs aangewezen op een artroscopie van beide knieën."

5.2. In het definitief advies van 26 februari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de voorgedragen pleitnota ontvangen. U verzoekt in uw begeleidende brief het Zorginstituut in het definitief advies aandacht te besteden aan de stelling van verzoeker dat onderscheid moet worden gemaakt tussen slotverschijnselen en het op slot zitten van de knie. Verzoeker stelt dat dit laatste bij hem aan de orde was.

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

Uit de richtlijn 'Artroscopie van de knie' van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging blijkt dat een artroscopie alleen geïndiceerd is bij (het vermoeden van) bacteriële artritis die bevestigd is middels een gewrichtspunctie, en bij een knie die plotseling op slot zit als gevolg van acuut meniscusletsel. In

onderhavig geschil staat ter discussie of er bij verzoeker sprake was van een knie die plotseling op slot zit als gevolg van acuut meniscusletsel.

Acuut meniscusletsel ontstaat doorgaans door een plotselinge, verkeerde (draai)beweging tijdens het sporten of tijdens een ongeval. Een op slot geschoten knie kan niet meer helemaal strekken omdat er iets in de knie zit dat de kniebeweging blokkeert. De meniscus fungeert als een soort schokbreker van de knie, gemaakt van elastisch materiaal, dat kan scheuren na een trauma. Als een deel van de gescheurde meniscus tussen het boven- en onderbeen vast komt te zitten, kan de knie blokkeren, oftewel op slot schieten.

Het kan voorkomen dat er een bewegingsbeperking ervaren wordt zonder dat de knie op slot zit, bijvoorbeeld door pijn in de knie of in de structuren rondom de knie. In dit geval wordt bewegen van de knie (on)bewust tegengehouden door de pijn waardoor het gevoel kan ontstaan dat het op slot zit. Ook vocht in de knie, door bijvoorbeeld overbelasting of ontsteking, kan ervoor zorgen dat de knie niet helemaal meer gebogen of gestrekt kan worden. Als het kraakbeen minder mooi glad is, door bijvoorbeeld artrose of na een ongeluk, zal hierbij nog sneller een slotgevoel kunnen ontstaan. In het algemeen schiet de knie hierbij niet op slot. Artsen noemen dit ook wel pseudoslotklachten.

Uit de ontvangen documentatie blijkt dat verzoeker tijdens zijn vakantie in Turkije het ziekenhuis heeft bezocht vanwege twee gezwollen pijnlijke knieën met bewegingsbeperking, zonder voorafgaand trauma. Het is zeer onwaarschijnlijk dat twee knieën spontaan (dus zonder voorafgaand trauma) en tegelijkertijd (dus beiderzijds) op slot schieten als gevolg van acuut meniscusletsel. Doorgaans treedt acuut meniscusletsel op aan één knie. Het door de orthopeed verricht onderzoek geeft eveneens geen aanknopingspunten voor slotklachten. Het kunnen uitvoeren van de McMurray-test bij verzoeker, waarbij het been vanuit gebogen positie volledig is gestrekt, spreekt tegen het daadwerkelijk op slot zitten van de knieën. Meer waarschijnlijk is derhalve dat de bewegingsbeperking werd veroorzaakt door zwelling van de knieën. Het ontbreken van aanwijzingen dat de knieën daadwerkelijk op slot zaten, maakt dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie had voor een artroscopie van beide knieën. De conclusie van het Zorginstituut verandert derhalve niet.”

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, en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid is hier weergegeven. Verder zijn de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden hierin opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker heeft tijdens zijn verblijf in Turkije in april 2023 zorg gehad en verzoekt thans vergoeding van de kosten van de aldaar bij hem uitgevoerde artroscopie aan beide knieën. Omdat Nederland met Turkije een verdrag inzake sociale zekerheid is overeengekomen zal de commissie eerst hieraan toetsen. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg gedurende een tijdelijk verblijf in de andere staat indien de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Om hiervan gebruik te kunnen maken had verzoeker het zogenoemde N/Tur 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. Verzoeker 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 beoordeling door de commissie beperkt blijft tot vraag of de ziektekostenverzekeraar op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering gehouden is de kosten te vergoeden.

Zorgverzekering

7.3. Verzoeker heeft zich met zijn klachten gewend tot het Turkse ziekenhuis waar een artroscoopie van beide knieën heeft plaatsgevonden. Deze artroscoopieën toonden bij beide knieën pseudojicht, deformiteit aan de binnenzijde van de knie, een meniscusscheur, contusie aan de knie en chondromalacie aan. Voorafgaand aan deze artroscoopieën werden stamcellen verkregen uit vetweefsel. Tijdens de artroscoopieën zijn deze stamcellen toegediend in (onder andere) beide knieën van verzoeker. Verzoeker heeft na de ingreep de kosten van de artroscoopieën en het toedienen van de stamcellen gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 11 september 2024 heeft verzoeker aan de commissie alleen een uitspraak verzocht over de vraag of de kosten van de artroscoopie beiderzijds ten laste van de zorgverzekering moeten worden vergoed. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft als meest vérgaand argument aangevoerd dat verzoeker niet redelijkerwijs op een artroscoopie beiderzijds was aangewezen, waarbij hij zich baseert op de richtlijn 'Artroscoopie van de knie'. Verzoeker heeft, onder verwijzing naar dezelfde richtlijn, de stelling van de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd bestreden.

In de hiervoor genoemde richtlijn 'Artroscoopie van de knie' van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging worden over de bij verzoeker gedane diagnoses (artrose, bacteriële artritis en meniscusletsel) de volgende aanbevelingen gedaan:

- *“Er wordt aanbevolen om géén artroscoopie te verrichten bij artrose. Alleen in geval van behandeling van slotverschijnselen door grote fragmenten in de knie kan een artroscoopie overwogen worden. Het moet dan volgens de werkgroep gaan om persisterende slotverschijnselen na falend conservatief beleid.*
- *Bij het vermoeden van een acute bacteriële artritis moet er met spoed een punctie van het gewricht plaatsvinden. Als door het onderzoek van het gewrichtsvocht de diagnose bacteriële artritis wordt bevestigd moet het gewricht zo spoedig mogelijk worden gespoeld. Dat laatste gebeurt vaak met behulp van een artroscoop.*
- *Bij een acuut ontstane bewegingsbeperking van de knie met als meest waarschijnlijke oorzaak een gescheurde meniscus, wordt aanbevolen om binnen twee weken een artroscoopie te verrichten. In het bijbehorende stroomdiagram wordt aangegeven dat het hierbij moet gaan om een knie die op slot zit.”*

De eveneens bij verzoeker gestelde diagnose pseudojicht wordt in de richtlijn niet genoemd. Blijkens het advies van het Zorginstituut van 2 december 2024 wordt pseudojicht behandeld door middel van toediening van medicijnen zoals ontstekingsremmers, colchicine of corticosteroïden.

7.5. Uit de hiervoor aangehaalde aanbevelingen blijkt dat een artroscoopie alleen geïndiceerd is bij een bacteriële artritis die is bevestigd door middel van een gewrichtspunctie, en bij een knie die plotseling op slot zit als gevolg van acuut meniscusletsel. Het Zorginstituut zet in het voorlopig advies van 2 december 2024 uiteen dat niet is komen vast te staan dat bij verzoeker sprake was van een (verdenking op) bacteriële artritis. Daarnaast geldt dat de beschreven klachten aan beide knieën tegelijkertijd zonder voorafgaand trauma niet passen bij een acuut ontstaan meniscusletsel. De anamnese en het lichamelijk onderzoek die verricht zijn door de orthopeed geven hier eveneens geen aanknopingspunten voor. Dat er in het verslag gesproken wordt van een bewegingsbeperking betekent niet zonder meer dat de knieën op slot zitten. Een zwelling van de knieën kan op zichzelf al leiden tot een bewegingsbeperking. Zoals ook door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, spreekt het kunnen uitvoeren van de McMurray-test tegen dat de knieën op slot zaten. Dit omdat bij deze test het been vanuit gebogen positie volledig gestrekt wordt. Gelet op het voorgaande concludeert het Zorginstituut in het voorlopig advies van 2 december 2024 dat verzoeker niet redelijkerwijs was

aangewezen op een artroscopie van beide knieën. Met het definitieve advies van 26 februari 2025 heeft het Zorginstituut een nadere toelichting hierop gegeven en zijn voorlopig advies bevestigd.

- 7.6. De commissie heeft kennisgenomen van de adviezen van het Zorginstituut en neemt de conclusie hiervan over. Dit betekent dat verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op de in Turkije bij hem uitgevoerde artroscopie beiderzijds, en dat hij derhalve geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten hier. De vraag of verzoeker de beschikking had over een gerichte verwijzing behoeft onder de gegeven omstandigheden geen beantwoording.

Verzoeker heeft gesteld dat hij voorafgaand aan de behandeling contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid hem is gezegd dat hij deze kon laten uitvoeren omdat sprake was van spoed. De nota zou hij achteraf kunnen indienen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden, stellende dat in die periode noch met hem noch met de Alarmcentrale is gesproken. De commissie stelt vast dat verzoeker van zijn stelling geen onderbouwing heeft geleverd, hoewel dit, gelet op artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, op zijn weg lag. Dat er contact is geweest tussen de nicht van verzoeker en de ziektekostenverzekeraar is door laatstgenoemde bevestigd, maar daarover is door de ziektekostenverzekeraar onweersproken gesteld dat dit plaatsvond nadat verzoeker de brief was gestuurd waarin hem werd meegedeeld dat vergoeding van de in het geding zijnde kosten werd geweigerd.

Gelet op het voorgaande wordt het verzoek afgewezen.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 april 2025,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld. Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk onderzoek vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr;
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

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 gehemeltespleten, 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.

**Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek
Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966
Geraadpleegd op 31-05-2022. Gebruikte datum 'geldig op'
01-05-1983 en zichtsdatum 01-05-1983.
Geldend van 01-05-1983 t/m heden**

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.