

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500564

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 1 april 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ. Op 20 mei 2025 heeft verzoekster desgevraagd 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 28 mei 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 23 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 25 augustus 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025016679) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 september 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 2 oktober 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 25 augustus 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 8 oktober 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster is in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend drie sterren en Aanvullend Tand twee sterren (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzoekster heeft zich in verband met knieklachten gewend tot een arts in Aalst, België. Deze arts heeft voorgesteld bij verzoekster een embolisatie van de knie uit te voeren. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd of deze behandeling voor vergoeding in aanmerking komt.
- 2.3. Bij brief van 21 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor embolisatie van de knie is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 28 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 25 augustus 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 8 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 ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanvraag voor embolisatie van de knie, uit te voeren in Aalst, België, alsnog goed te keuren.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in het klachtenformulier van 1 april 2025 aangevoerd dat zij op internet heeft gelezen dat de door haar aangevraagde behandeling verzekerde zorg is. Zij heeft al jaren last van haar knie en dit gaat gepaard met veel pijn. In Nederland kon men niets voor haar betekenen. In België is zij binnen twee maanden tijd tweemaal geopereerd. Daarbij zijn zaken aan het licht gekomen die men in Nederland ook had kunnen zien. Deze operaties zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De embolisatie van de knie is volgens de behandelend arts ook nodig, maar deze is afgewezen. Verzoekster heeft al heel veel zelf moeten betalen, terwijl zij leeft van een bijstandsuitkering.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij eind januari was doorverwezen door haar vaste orthopeed in België naar de orthopeed in Aalst. De hoop was dat men daar met een embolisatie de pijn kon wegnemen. De nieuwe bloedvaatjes die waren aangegroeid werden dicht gebrand zodat de pijn zou afnemen. Zij ligt dagelijks misselijk van de pijn op bed. Eind januari is zij in Aalst geweest, en hieruit bleek dat er een operatie moest plaatsvinden. Op dat moment is alles direct doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Via de website las haar moeder dat bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een vergoeding zou volgen van 75%. Uiteindelijk bleek dit anders te liggen. Nu stelt de ziektekostenverzekeraar dat de zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zou zijn. Verzoekster vindt het kwalijk dat nu op kleine puntjes wordt afgewezen, terwijl op de website toch duidelijk staat dat er 75% zou worden vergoed. In het voorlopig advies van het Zorginstituut staat dat zij twee jaar geleden zou zijn gevallen, maar dit was al zes jaar geleden. In het advies staat ook dat zij is doorgestuurd door een orthopeed naar een andere arts. Dat klopt, de vaste orthopeed in België heeft haar doorgestuurd naar een andere orthopeed. Helaas heeft de operatie bij haar niet geholpen, maar bij negen van de tien anderen werkt deze ingreep wel. Zij ondergaat geen operatie voor haar plezier. In België is zij nu al drie keer geopereerd. In Nederland kon men niets meer voor haar doen. Zij is een jonge vrouw en zij wil het liefst gewoon weer werken in plaats van misselijk van de pijn op bed te liggen. De brief met de doorverwijzing zou geen correcte datum hebben, en dat klopt ook, want de arts heeft deze opgesteld toen er om werd gevraagd. Het lijkt erop dat de ziektekostenverzekeraar op grond van de kleinste dingetjes afwijkt.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 28 maart 2025 aangevoerd dat een embolisatie van de knie bij de indicatie van verzoekster geen zorg is die volgens de Nederlandse richtlijnen zou worden gegeven. Het kan zijn dat deze ingreep volgens de Belgische richtlijnen wel kan worden uitgevoerd. Dit maakt de uitkomst echter niet anders.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 23 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat vast staat dat verzoekster voorafgaand aan de behandeling geen toestemming van hem heeft verkregen. Daarmee is artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 niet van toepassing. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens beoordeeld of de embolisatie van de knie voor vergoeding in aanmerking komt op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op basis van artikel 15.1 van de voorwaarden bestaat recht op zorg in het buitenland. In artikel 5.2, onder f, van de voorwaarden is opgenomen dat een verzekerde een verwijzing of verklaring over moet leggen in die gevallen waarin deze noodzakelijk is. De embolisatie van de knie betreft medisch specialistische zorg. Artikel B.28 van de voorwaarden van de zorgverzekering stelt dat een verwijzing een voorwaarde is voor toegang tot deze zorg. De verwijfsbrief van de arts is gedateerd op 17 februari 2025 terwijl de ingreep volgens de informatie in het dossier reeds op 7 februari 2025 heeft plaatsgevonden. Er is dus geen sprake van een gerichte verwijzing, voorafgaand aan de ingreep. Een voorafgaande verwijzing is niet slechts een formaliteit waaraan achteraf kan worden voldaan. Artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet bepaalt uitdrukkelijk dat medisch-specialistische zorg slechts toegankelijk is nadat een verwijzing is verkregen. Een uitzondering hierop geldt voor acute zorg, waarvan in het onderhavige geval evenwel geen sprake is. In de voorwaarden is spoedeisende zorg gedefinieerd als zorg waarvan de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. De ziektekostenverzekeraar stelt zich dan ook primair op het standpunt dat niet is voldaan aan de voorwaarde van een gerichte verwijzing, voorafgaand aan de behandeling.
- 4.3. Ingevolge artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering moet de zorg voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Het criterium bepaalt of een specifieke behandeling behoort tot het verzekerde pakket. Artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering refereert aan deze regelgeving en hierin staat dat het recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de 'stand van de wetenschap en praktijk'. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of de knie-embolisatie aan dit criterium voldoet, en heeft in dit kader meegedeeld: *"De zorgverlener beschrijft dat bij verzekerde sprake is van chronische knieklachten ten gevolge van post-traumatische inflammatie van de knie. Daarom heeft de PICO waarop gezocht is zich op embolisatie van de knie bij deze indicatie gericht. PICO P = patiënten met knieklachten door inflammatie van de knie post-traumatisch I = embolisatie van de knie C = conservatief beleid door middel van pijnstilling, fysiotherapie O = pijn, functioneren, kwaliteit van leven Zoekstrategie: (((post traumatic) OR (trauma)) OR (inflammation)) AND (knee embolization)) OR (genicular artery embolization AND (clinicaltrial[Filter])) Er werd met bovenstaande zoekstrategie gezocht op pubmed. Resultaten: De zoekstrategie leverde 18 resultaten op. Op basis van titel en abstract screening zijn er geen artikelen gevonden die voldoen aan de PICO. De meeste artikelen betreffen embolisatie van de knie bij artrose. In het dossier van verzekerde betreft het echter geen artrose, maar een post-traumatisch inflammatoir pijnsyndroom. Er is volledigheidshalve ook nog gezocht op ((knee embolization) AND (osteochondral)) aangezien er sprake is van post-traumatische inflammatie na kraakbeenletsel, ook deze search leverde geen relevante resultaten op (totaal 10 resultaten waarvan geen met de juiste pico). Conclusie: embolisatie van de knie bij knieklachten door post-traumatische inflammatie van de knie voldoet niet aan zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk".*

Gelet op de conclusie van de medisch adviseur stelt de ziektekostenverzekeraar zich daarom subsidiair op het standpunt dat niet is voldaan aan artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 4.4. In de heroverweging van 28 maart 2025 is vermeld dat volgens de Belgische richtlijnen de embolisatie wel zou kunnen worden uitgevoerd, maar volgens de Nederlandse niet. De ziektekostenverzekeraar merkt hierover op dat deze passage, achteraf beschouwd, ongelukkig is geformuleerd. Van belang is dat zorg die ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed moet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dat een behandeling in België wordt uitgevoerd of gangbaar is, betekent niet dat daarmee wordt voldaan aan genoemd criterium, zoals dit in Nederland wordt gehanteerd bij het bepalen of er aanspraak is op vergoeding ten laste van de basisverzekering. De ziektekostenverzekeraar volgt hierbij het document ‘Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk 2023’ van het Zorginstituut. Gelet op het voorgaande heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor vergoeding van de knie-embolisatie terecht afgewezen.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat nadat de aanvraag was binnengekomen, de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd om aanvullende informatie. Dit betrof de verwijzing en het behandelplan. Gedateerd op 17 februari 2025 is de verwijzing gestuurd. De ziektekostenverzekeraar beschikt niet over een verwijzing van vóór 7 februari 2025, zijnde de datum van de operatie. Er zijn ook uitspraken van de commissie waaruit blijkt dat de verwijzing niet achteraf kan worden gedaan, en dit betreft geen formaliteit. De ziektekostenverzekeraar gelooft verzoekster wel dat er voorafgaand aan de operatie iets moet zijn, omdat haar verklaring al was dat zij was verwezen. Als vervolgens wordt gekeken naar de aanspraak, moet getoetst worden of de operatie verzekerde zorg is. Dit staat ook in de voorwaarden van de verzekering. Er wordt getoetst aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. De conclusie is dat een embolisatie van de knie bij de indicatie van verzoekster niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat het niet gaat om verzekerde zorg.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 25 augustus 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Het Zorginstituut heeft de informatie in het dossier medisch en juridisch beoordeeld.

Stand van de wetenschap en praktijk

Het criterium ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ betreft één geïntegreerde wettelijke maatstaf, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, verenigd zijn. Bij de beoordeling of zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ wordt, zoals aangegeven in het rapport Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk van het Zorginstituut, uitgegaan van de principes van evidence-based medicine (EBM). Hierbij wordt op gestructureerde wijze een literatuuronderzoek gedaan naar wetenschappelijke studies naar de te beoordelen behandeling. Het behandel-effect moet zijn aangetoond in goed opgezette wetenschappelijke studies, en voor wat betreft toepassing in de praktijk blijkt dit veelal uit (onderbouwde) richtlijnen, consensusdocumenten of zorgstandaarden.

In eerste instantie is het aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Uit het dossier is op te maken dat verweerder dit heeft beoordeeld. Om te beoordelen of embolisatie van de knie bij aanhoudende kniepijn na een trauma voldoet aan ‘stand van de wetenschap en praktijk’ heeft het Zorginstituut een inventarisatie gedaan van (internationale) richtlijnen en wetenschappelijke publicaties met betrekking tot deze diagnose-behandel combinatie.

Nederlandse richtlijn

In de eerstelijns richtlijn ‘traumatische knieklachten’ van het Nederlands Huisartsen Genootschap wordt de diagnostiek en behandeling hiervan besproken. Het betreft vooral kortdurende posttraumatische kniepijn (tot twee weken na het trauma). Behandeling bestaat uit niet-medicamenteuze behandeling (bv. oefentherapie) of medicamenteuze behandeling (analgetica). Over chronische posttraumatische pijn wordt niets beschreven. In de richtlijndatabase van de Federatie Nederlandse Specialisten werden tien specialistenrichtlijnen gevonden met betrekking tot diagnostiek en behandeling van aandoeningen aan de knie. Geen van de richtlijnen betrof chronische posttraumatische inflammatie van de knie, wel artrose van de knie. GAE werd in geen enkele richtlijn als mogelijke behandeling genoemd.

Internationale richtlijnen

Er werd een Engelse richtlijn over GAE gevonden van het gerenommeerde National Institute for Health and Care Excellence. Het betrof patiënten met knieartrose. De aanbeveling in de richtlijn was om GAE alleen in studieverband uit te voeren. Van The American Academy of Orthopaedic Surgeons kon geen specifieke richtlijn voor de behandeling van chronische posttraumatische inflammatie van de knie worden gevonden, alleen voor knieartrose. GAE werd niet genoemd als behandelingsoptie.

Wetenschappelijke publicaties

Op 8 augustus 2025 werd door het Zorginstituut een literatuursearch uitgevoerd in de databases Embase, Medline en Cochrane Central. Er werd gezocht naar klinische studies, bij voorkeur RCT's, en systematische reviews met patiënten met posttraumatische inflammatoire kniepijn met knie-embolisatie. De behandeling bestond uit knie-embolisatie, feitelijk heet deze behandeling GAE: genicular artery embolisation. Het literatuuronderzoek leverde slechts zes artikelen op. Alle zes artikelen betroffen de behandeling van artrose met GAE, maar van artrose is in deze casus géén sprake. Een artikel betrof een studieprotocol, twee studies waren een beschrijvende review, en drie studies betroffen een systematische review en meta-analyse.

Conclusie

Behandeling van posttraumatische inflammatoire kniepijn door middel van embolisatie van de arteria genicularis van de knie voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en behoort niet tot het te verzekeren basispakket. De vraag of verzekerde naar aard en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de prestatie behoeft daarmee geen beantwoording.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Behandeling van posttraumatische inflammatoire kniepijn door middel van embolisatie van de arteria genicularis van de knie (GAE) behoort niet tot de stand van de wetenschap en de praktijk en komt niet in aanmerking voor vergoeding ten laste 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, waaronder ook het criterium van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van Vo. (EG) nr. 883/2004 en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster wenst naar België te gaan om daar zorg af te nemen. Het gaat hier om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004. Uit Richtlijn 2011/24/EU (hierna: de Patiëntenrichtlijn) volgt dat in het geval geen keuze wordt gemaakt voor een bepaald stelsel, voorrang wordt gegeven aan toepassing van de verordening (overweging 31). Om die reden toetst de commissie hieraan ambtshalve.
- In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).
- 7.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft afwijzend beslist, omdat de behandeling niet overeenkomstig de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ zou zijn. De commissie merkt op dat het niet de bedoeling van de verordening is het verzekerde pakket uit te breiden. Dit betekent dat de voorwaarde dat zorg als de onderhavige overeenkomstig de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ moet zijn, zoals bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, Bzv, niet beperkt blijft tot Nederland, maar in een buitenslandsituatie voor de toepassing van de verordening onverkort geldt. Om die reden zal eerst worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 7.4. De commissie moet beoordelen of de voorgestelde embolisatie van de arteria genicularis van de knie 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.

- 7.5. 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.

- 7.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot embolisatie van de arteria genicularis van de knie (GAE), zoals voorgesteld bij verzoekster. Het advies van 25 augustus 2025 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie van het advies is dat behandeling van posttraumatische inflammatoire kniepijn door middel van GAE niet behoort tot de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’ en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. De commissie ziet in de stellingen van verzoekster geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken, en maakt de conclusie daarom tot de hare. Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op het gevraagde ten laste van de zorgverzekering en dat de gevraagde toestemming in het kader van de verordening verzoekster terecht werd geweigerd.

De vraag of sprake is van verzekerde zorg op basis van de zorgverzekering gaat vooraf aan de vraag of in het individuele geval is voldaan aan bepaalde formele vereisten zoals met name die van een voorafgaande, gerichte verwijzing en verkregen toestemming voor die zorg. Daarom kan de vraag of in de situatie van verzoekster aan die vereisten is voldaan buiten beschouwing blijven

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 oktober 2025,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering