

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500083

Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 25 juni 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 juni 2025 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 4 augustus 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 augustus 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 26 augustus 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 205017735) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 augustus 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 3 december 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Op 3 december 2025 heeft de zorgverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 4 december 2025 aan verzoeker gestuurd. Op 9 januari 2026 heeft verzoeker gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 12 januari 2026 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 12 januari 2026 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 26 augustus 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 19 januari 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft op 23 januari 2024 een prostaatoperatie ondergaan in Bodrum, Turkije. Op 26 januari 2024 is hiervoor namens verzoeker een aanvraag ingediend. Bij brief van 30 januari 2024

heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de prostaatoperatie niet voor vergoeding in aanmerking komen

- 2.3. Op 13 februari 2024 zijn de kosten van de in Bodrum uitgevoerde prostaatoperatie bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Op 19 februari 2024 heeft de zorgverzekeraar de declaratie afgewezen.
- 2.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar bij brief van 24 juni 2024 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 3 juli 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 26 augustus 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 19 januari 2026 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 zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de door hem in Bodrum, Turkije, ondergane prostaatoperatie te vergoeden.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker in zijn brief van 25 juni 2025 aangevoerd dat sprake was van spoedeisende zorg zoals bedoeld in artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoeker heeft op 19 januari 2024 een consult gehad bij een uroloog in Bodrum vanwege ernstige urologische klachten. Uit dit consult en de hierop volgende onderzoeken bleek dat sprake was van een urgente situatie. De echografische bevindingen toonden een verhoogde echogeniciteit aan, indicatief voor nierfalen. Bovendien was de estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) verlaagd, wat wees op een ernstig verminderde nierfunctie. De behandelend arts heeft vastgesteld dat een chirurgische ingreep direct noodzakelijk was. Deze ingreep kon echter niet onmiddellijk worden uitgevoerd vanwege het gebruik van bloedverdunners. Opereren zou een onaanvaardbaar hoog risico op complicaties hebben meegebracht. In plaats daarvan is gekozen voor een strikt gecontroleerde periode om de bloedwaarden aan te passen en het risico te minimaliseren. In de tussenliggende dagen tot de operatie op 23 januari 2024 stond verzoeker onder medisch toezicht om te monitoren en mogelijke complicaties, zoals permanente nierschade of acute uitval, te voorkomen. De behandelend arts benadrukte expliciet dat reizen absoluut niet was aan te raden gezien de fragiele medische toestand van verzoeker.
- 3.3. Voor verzoeker was het daarom onmogelijk naar Nederland terug te reizen voor behandeling. Dit hield tevens verband met de gezondheidssituatie van zijn echtgenote. De echtgenote van verzoeker was kankerpatiënt en had alzheimer. Daarnaast leed zij aan een bipolaire stoornis, met extreme stemmingswisselingen tussen diepe depressieve periodes en manische episodes die gepaard gingen met euforische psychoses en impulsieve, onverantwoorde gedragingen. In het verleden ondernam zij zes keer een suïcidepoging. Zij was praktisch immobiel (enorm vermagerd en krachteloos als gevolg van een eetstoornis die was opgetreden na chemo- en radiotherapie) en had voortdurend begeleiding nodig bij alledaagse handelingen. Zij kon zich uitsluitend onder toezicht en met fysieke ondersteuning verplaatsen. De echtgenote van verzoeker kon dus niet alleen achterblijven. Zijn constante aanwezigheid was noodzakelijk. Deze intensieve mantelzorgsituatie vormde een nog zwaardere belemmering om te reizen dan het medisch advies van de behandelend uroloog. Op 1 januari 2025 is de echtgenote van verzoeker overleden in Turkije. Tijdens haar heldere momenten gaf zij aan euthanasie te willen ondergaan, maar vanwege haar lichamelijke immobiliteit kon zij hiervoor niet naar Nederland terugkeren. Uit deze feiten en omstandigheden volgt dat het laten plaatsen van een katheter om naar Nederland terug te reizen –

en daar dan (mogelijk langdurig) te moeten wachten op behandeling – geen reële optie was. Dit geldt te meer nu bij uitstel van de zorg volgens de behandelend uroloog een kritiek risico op nierfalen bestond.

- 3.4. Artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek bepaalt dat een overeenkomst niet alleen door de wet en de gemaakte afspraken wordt beheerst, maar ook door de eisen van redelijkheid en billijkheid. In het geval van verzoeker is het onredelijk en onbillijk om vergoeding te weigeren. Gezien de medische noodzaak, de spoedeisendheid van de situatie, en de onmogelijkheid om naar Nederland te reizen, dient de zorgverzekeraar op grond van redelijkheid en billijkheid de kosten te vergoeden.
- 3.5. Verzoeker was destijds 85 jaar oud en ernstig ziek. Hij heeft volledig vertrouwd op het oordeel en de instructies van de uroloog. Deze heeft expliciet aangegeven dat sprake was van een acute medische noodzaak. Verzoeker heeft gehandeld naar wat medisch noodzakelijk en ethisch verantwoord was. Het is onredelijk om van een medische leek te verwachten dat hij in een dergelijke situatie andere keuzes zou maken dan de door zijn behandelend medisch specialist voorgeschreven acties.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij in Turkije bij de uroloog op consult is geweest. Volgens de arts bestond het risico op nierschade en -uitval en moest er direct worden geopereerd. Vanwege het gebruik van bloedverdunders was een operatie niet direct mogelijk. Deze is een aantal dagen later uitgevoerd. Het advies was om niet te reizen. Daarnaast ervoer verzoeker emotionele druk vanwege de situatie van zijn echtgenote. Hierdoor kon hij niet reizen. Verzoeker heeft in dit verband opgemerkt dat de zorgverzekeraar niet is ingegaan op zijn persoonlijke omstandigheden. Er mist redelijkheid in de beoordeling. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat geen conservatieve behandeling, zoals medicatie of een katheter, is geprobeerd. Verzoeker ervoer al maanden klachten. In eerste instantie heeft hij hiervoor homeopathische middelen gebruikt. Uiteindelijk heeft hij een arts geraadpleegd. Het was voor verzoeker niet mogelijk om naar zijn Nederlandse huisarts te gaan. Verzoeker beschikt over één rekening van de zorg in Turkije. Deze betreft het consult en de daaropvolgende operatie. Deze zorg staat allemaal op dezelfde rekening vermeld. Verzoeker had beter moeten worden begeleid. In Nederland wendt iemand zich met klachten tot de huisarts en die verwijst door. In Turkije gaat dat op een andere manier. Een patiënt kan zelf bepalen of hij naar een medisch specialist gaat. Dat een patiënt niet eerst de huisarts bezoekt, kan hem niet worden verweten. Verzoeker vordert ook vergoeding van de kosten van het consult.
- 3.7. Bij bericht van 9 januari 2026 heeft verzoeker bevestigd dat het eerste contact met de Alarmcentrale op 20 januari 2024 heeft plaatsgevonden.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de in Turkije genoten zorg. Ter onderbouwing hiervan heeft de zorgverzekeraar in zijn brieven van 27 maart 2025 en 4 augustus 2025 aangevoerd dat niet is aangetoond en tevens niet navolgbaar is dat verzoeker was aangewezen op een prostaatoperatie. In de beschikbare informatie mist de klachtbeschrijving passende bij Benigne Prostaat Hyperplasie (hierna: BPH). Er wordt pijn in de prostaat genoemd. Het volume van de prostaat is gezien de leeftijd van verzoeker relatief beperkt (54 cc). Bij het ontbreken van andere klachten is er geen operatie-indicatie. Voor de hand liggend is te kijken naar leefstijl en eventueel medicatie. De koppeling naar nierfalen, waarbij een estimated Glomerular Filtration Rate, oftewel de geschatte glomerulaire filtratiesnelheid, wordt genoemd van 57,1 geeft zonder informatie over eiwitten in de urine en creatininebepaling geen aanwijzing voor acuut nierfalen waarbij onmiddellijk interventie is vereist. Ook hier is verder onderzoek naar de oorzaak van eventueel nierfalen voor de hand liggend. Het is niet navolgbaar dat een BPH de

oorzaak is van enig nierfalen, en dat dit in een spoedeisende setting met een operatie zou moeten worden verholpen. Een katheter was een oplossing geweest voor de acute klachten. Vervolgens had nader onderzoek moeten worden gedaan. In de situatie van verzoeker speelde geen spoedeisendheid. Gelet op het voorgaande is niet komen vast te staan dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de uitgevoerde operatie.

4.2. In zijn reactie aan de commissie van 4 augustus 2025 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat hij zich aanvankelijk op het standpunt heeft gesteld dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten, omdat verzoeker niet beschikt over zijn voorafgaande toestemming en een verwijzing van de (huis)arts. Dit wordt verzoeker thans echter niet meer tegengeworpen, omdat uit de contactmomenten met de Alarmcentrale niet duidelijk blijkt dat verzoeker hier vooraf op is gewezen.

4.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat voor electieve zorg in het buitenland zijn voorafgaande toestemming is vereist. Duidelijk is dat geen voorafgaande toestemming is gevraagd en ook niet verkregen. Ook voorafgaand aan het consult op 19 januari 2024 is er geen contact geweest tussen verzoeker en de zorgverzekeraar. De Alarmcentrale heeft aan verzoeker uitgelegd dat voor planbare zorg toestemming van de zorgverzekeraar nodig is. Echter, het ontbreken van voorafgaande toestemming en van een verwijzing wordt verzoeker ten aanzien van de operatie op 23 januari 2024 niet tegengeworpen.

De zorgverzekeraar heeft een medisch inhoudelijke beoordeling uitgevoerd. In het geval van verzoeker was geen sprake van acuut nierfalen. Er is weinig informatie beschikbaar, maar duidelijk is in ieder geval dat de PSA-waarde normaal was. Als er wel sprake was geweest van acuut nierfalen, wat door de zorgverzekeraar wordt betwist, had een katheter moeten worden geplaatst. Verder blijkt uit het dossier dat geen voorafgaande conservatieve behandeling, zoals medicatie of blaastraining, heeft plaatsgevonden. Een operatie is pas geïndiceerd na het falen van andere behandelingen. Dus ook als er wel voorafgaande toestemming was gevraagd, was deze niet gegeven.

Hoewel de zorgverzekeraar begrip heeft voor zijn persoonlijke omstandigheden, maakt dit niet dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de in Turkije uitgevoerde operatie.

Ten aanzien van het consult geldt dat dit drie dagen van tevoren is ingepland. Er was geen sprake van acute zorg. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering was een voorafgaande verwijzing nodig. Aangezien verzoeker niet beschikte over een verwijzing, komen de kosten van dit consult niet voor vergoeding in aanmerking. Voorafgaand aan het consult op 19 januari 2024 heeft geen contact plaatsgevonden met de zorgverzekeraar of de Alarmcentrale. Er kon dus ook niet van de zorgverzekeraar of de Alarmcentrale worden verwacht dat zij verzoeker zouden informeren. Verder is het niet navolgbaar dat verzoeker meteen naar een uroloog is gegaan. Hij had zich eerst tot een huisarts of basisarts moeten wenden.

Uit de contactregistraties van de zorgverzekeraar blijkt dat er op 20 januari 2024 voor het eerst contact met hem is geweest. Er is toen gevraagd om het telefoonnummer van de Alarmcentrale. Vervolgens is er contact opgenomen met de Alarmcentrale.

4.4. Op 3 december 2025 heeft de zorgverzekeraar een contactregistratie van 20 januari 2024 overgelegd, waaruit blijkt dat door verzoeker is gevraagd om het telefoonnummer van de Alarmcentrale.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 26 augustus 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

BPH

Patiënten met plasklachten als gevolg van BPH gaan meestal eerst naar de huisarts. Volgens de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen kunnen typische klachten die passen bij BPH onder andere bestaan uit: moeilijk op gang komen van de mictie, zwakkere of onderbroken straal, minder goed kunnen uitplassen, nadruppelen, toegenomen mictiefrequentie overdag en 's nachts (nycturie) of moeilijk te bedwingen aandrang (urgency). Daarnaast kan er meer urine in de blaas achterblijven.

De behandeling kan bestaan uit niet-medicamenteuze opties, zoals blaastraining, of medicamenteuze therapie. Bij aspecifieke mictieklachten kan een alfablokker worden voorgeschreven; bij urgency-klachten kan een muscarineantagonist overwogen worden. In geval van acute urineretentie, het plotseling niet meer kunnen plassen, kan in de eerstelijnszorg een katheter worden geplaatst. Verwijzing naar de uroloog is aangewezen bij onder andere onvoldoende effect van medicatie, herhaalde episodes van acute urineretentie, of bij een overloopblaas.

Indicatie

Verzoeker geeft aan langdurig bestaande mictieklachten te hebben. De uroloog geeft daarbij aan dat sprake is van urgency, in combinatie met een matig vergroot prostaatvolume van 54 ml (normaal ≤ 30 ml). Uit het dossier blijkt echter niet dat voorafgaand een conservatieve behandeling is geprobeerd, zoals medicatie of blaastraining. Ook is er geen informatie in het dossier beschikbaar over een eerdere katheterplaatsing in verband met acute urineretentie. De PSA-waarde in het bloed, dit is een maat voor de activiteit van de prostaat, bedraagt 1,44 en ligt daarmee binnen de normaalwaarden. Bij een leeftijd van 85 jaar hoort de PSA-waarde lager te zijn dan 3,5. Gezien het bovenstaande kan niet gesteld worden dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een prostaatoperatie wegens BPH.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op een prostaatoperatie bij BPH.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker is niet redelijkerwijs aangewezen op een prostaatoperatie bij BPH, waardoor deze behandeling niet voor vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking komt.”

6. Bevoegdheid van de commissie

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

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante bepalingen uit het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid en het Burgerlijk Wetboek (BW). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. Verzoeker heeft de commissie in eerste instantie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de in Turkije uitgevoerde prostaatoperatie te vergoeden. Ter zitting is ook het hieraan voorafgaande consult aan de orde gekomen, zodat de commissie de vergoeding hiervan ook zal meenemen in haar beoordeling.
- 7.3. 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 verzoeker 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. 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 onderhavige beoordeling beperkt blijft tot de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.4. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat onder omstandigheden recht op zorg in het buitenland. Bij het in Bodrum genoten consult en de uitgevoerde prostaatoperatie betreft het medisch specialistische zorg. Tussen partijen is niet in geschil dat de zorgverzekering dekking biedt voor medisch specialistische zorg en dat de genoten zorg behoort tot de verzekerde prestaties, dat wil zeggen dat het zorg betreft zoals urologen die plegen te bieden en die voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Wat partijen nog verdeeld houdt, is de vraag of in de specifieke situatie van verzoeker aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van het consult en de ondergane prostaatoperatie.
- 7.5. In artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor sommige vormen van zorg een verwijzing, voorschift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig is, waaruit blijkt dat een verzekerde is aangewezen op de zorg. Of dit nodig is, blijkt uit het betreffende zorgartikel. Verder is in voornoemd artikel 1.9 opgenomen dat een verwijzing, voorschift en/of toestemming vooraf niet nodig is voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. In artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is als een verzekerde voor een behandeling in het buitenland één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen. Ook is toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de betreffende zorgartikelen is vermeld. Hierbij is opgemerkt dat in deze artikelen ook is te vinden of een verwijzing nodig is. Op grond van artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering is voor medisch specialistische zorg een verwijzing vereist van een van de in dat artikel genoemde zorgverleners. Ook is in dit artikel bepaald dat voor een aantal behandelingen toestemming nodig is.
- 7.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van het consult, omdat verzoeker niet beschikte over een voorafgaande verwijzing. Aangezien het consult drie dagen van tevoren is ingepland, kan niet worden gesproken over spoedeisende zorg. Met betrekking tot de ondergane prostaatoperatie werpt de ziektekostenverzekeraar verzoeker het ontbreken van een voorafgaande verwijzing verzoeker niet langer tegen. Dit geldt ook voor het ontbreken van zijn voorafgaande toestemming. De commissie overweegt als volgt.

Consult

- 7.7. Zoals hiervoor onder 7.5. is overwogen geldt voor medisch specialistische zorg dat een voorafgaande verwijzing is vereist, tenzij sprake is van acute zorg. Dat het consult drie dagen van

tevore is ingepland en daarmee niet spoedeisend was, zoals door de zorgverzekeraar is aangevoerd, is door verzoeker niet althans onvoldoende gemotiveerd bestreden. Voorts heeft verzoeker erkend dat hij op 20 januari 2024 voor het eerst contact heeft gehad met de Alarmcentrale, terwijl het consult toen al had plaatsgevonden. De commissie gaat daarom ervan uit dat het consult niet spoedeisend was en dat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering een voorafgaande schriftelijke verwijzing nodig was. Aangezien een dergelijke verwijzing ontbreekt, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het consult ten laste van de zorgverzekering. De stelling van verzoeker dat het systeem in Turkije anders werkt en dat een patiënt zelf kan bepalen of hij zich tot een uroloog wendt, maakt dit niet anders.

Prostaatoperatie

- 7.8. Ten aanzien van de ondergane prostaatoperatie geldt dat het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie van 26 augustus 2025 heeft toegelicht dat uit het dossier niet blijkt dat voorafgaand aan de operatie een conservatieve behandeling is geprobeerd, zoals medicatie of blaastraining. Ook is er geen informatie in het dossier beschikbaar over een eerdere katheterplaatsing in verband met acute urineretentie. De PSA-waarde in het bloed bedraagt 1,44 en ligt daarmee binnen de normaalwaarden. Bij een leeftijd van 85 jaar hoort de PSA-waarde lager te zijn dan 3,5. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op een prostaatoperatie wegens BPH. Verzoeker heeft hiertegen niets ingebracht dat moet leiden tot een afwijking van de conclusie van het Zorginstituut. De commissie neemt deze conclusie daarom over.

Verzoeker heeft aangevoerd dat hij heeft vertrouwd op het medisch oordeel van de behandelend uroloog en zijn advies heeft gevolgd. De commissie merkt op dat de vraag of een arts van mening is dat een bepaalde behandeling uit medisch oogpunt nodig is, een andere is dan de vraag of op grond van de (verzekerings)overeenkomst aanspraak bestaat op vergoeding van die behandeling. Hiervoor is geconcludeerd dat in de situatie van verzoeker niet is voldaan aan de verzekeringsvoorwaarde dat betrokkene redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de prostaatoperatie zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de hiermee gemoeide kosten ten laste van de zorgverzekering. Dat door verzoeker het advies van de arts is gevolgd maakt deze conclusie niet anders.

Redelijkheid en billijkheid

- 7.9. Verzoeker heeft een beroep gedaan op artikel 6:248 BW en gesteld dat gezien de medische noodzaak, de spoedeisendheid van de situatie, en de onmogelijkheid om naar Nederland te reizen, de vergoeding op grond van redelijkheid en billijkheid niet kan worden geweigerd en de kosten dienen te worden vergoed. De commissie begrijpt deze stelling zo dat verzoeker meent dat toepassing van de voorwaarde uit de zorgverzekering dat iemand redelijkerwijs op de zorg moet zijn aangewezen, in de situatie van verzoeker leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is en dat deze voorwaarde daarom op grond van het tweede lid van artikel 6:248 BW buiten toepassing moet blijven. Voor dat laatste bestaat naar het oordeel van de commissie geen grond. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut bestond – gelet op de in het dossier aanwezige stukken – geen reden voor het operatief ingrijpen op 23 januari 2024. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat hij, mede vanwege de situatie rond zijn echtgenote indertijd, niet naar Nederland kon terugkeren voor de ingreep. Hoezeer de commissie zich ook kan voorstellen dat dit voor verzoeker ingrijpend is geweest, is dit voor de juridische beoordeling niet bepalend en kan dit niet leiden tot een andere conclusie.

Slotsom

- 7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 februari 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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

**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 zichtdatum 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.

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 gehemelte spleten, 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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.11. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- Vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015
- Vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald
- Vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee')
- Vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders
- Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten
- (Vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

1.12. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan heeft u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag en inhoud van de zorgverzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven. Na het sluiten van de zorgverzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis.

Artikel 9. Buitenland

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

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

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

Let op

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

Europese gezondheidskaart (EHIC)

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

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

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

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

Let op

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

9.3. Toestemming en/of verwijzing

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

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

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

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

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

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

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

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

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

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

Dit is niet verzekerd

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

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

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

Hier kunt u terecht

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

Let op

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

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

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

Integrale geboortezorg

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

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

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

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

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

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

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

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

Extra informatie

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