

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202501841

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft in een telefoongesprek op 3 februari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Dit is op 3 en 6 februari 2026 schriftelijk aan haar bevestigd. Op 9 februari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 14 april 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is diezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 12 mei 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026007938) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2026 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 23 juni 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 12 mei 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 29 juni 2026 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 30 juni 2026 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorgvariatiepolis (combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis en Tandarts (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzoekster is op 22 januari 2025 in Volgograd, Rusland, geopereerd aan haar knieën. De kosten die zij in dit verband heeft gemaakt, heeft zij op bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 2.3. Bij brief van 14 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat vergoeding is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 19 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar haar om aanvullende informatie gevraagd. Op 5 juni 2025 heeft zij aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 26 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 12 mei 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 29 juni 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten die verband houden met de in Volgograd, Rusland, uitgevoerde operatie, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij ongedateerde brief, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, toegelicht dat zij voorafgaand aan de operatie tweemaal een medisch specialist in het plaatselijke ziekenhuis heeft bezocht. Ook is er een MRI-scan gemaakt van de knieën. Tijdens deze consultaties is gebleken dat de varus-as niet alleen aanzienlijke pijn en fysieke beperkingen veroorzaakt, maar dat er ook een verhoogd risico is op verdere slijtage van de kniegewrichten. Zonder ingrijpen zou de mobiliteit steeds verder achteruitgaan en zou verzoekster in de toekomst mogelijk zijn aangewezen op ingrijpende en kostbare zorg, zoals een knieprothese.
- 3.3. Naast de fysieke klachten, hebben de problemen met de knieën een zware psychische impact op verzoekster gehad. De constante pijn en mobiliteitsbeperkingen hebben de kwaliteit van leven ernstig aangepast. De afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar heeft deze psychische belasting alleen maar vergroot. De onzekerheid over de gezondheid en de toekomst hebben bij verzoekster geleid tot aanhoudende stress en emotionele klachten. Ook dit onderstreept de noodzaak van de behandeling.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat het gaat om een operatie aan de onderbenen. Zij is geboren met het lichaam van haar vader en kampte haar hele leven met problemen door haar kromme benen. Zij heeft regelmatig negatieve ervaringen gehad met mensen. In 2018 is zij de kliniek in Volgograd tegengekomen en leerde verzoekster over de operatie. Het was een zware operatie met een lang revalidatieproces, maar dit had zij ervoor over. Bij terugkomst in Nederland heeft verzoekster zich tot haar huisarts gewend en is zij verwezen naar een orthopedisch chirurg. Deze arts heeft eerst zelf onderzoek gedaan en vervolgens doorverwezen naar zijn collega. De afspraak met de collega was in augustus 2018. Volgens deze tweede arts zou een operatie aan de benen het risico hebben dat het lopen slechter zou gaan. In Nederland wordt namelijk gebruik gemaakt van botplaten. Dit risico wilde de arts niet nemen. Destijds is besloten om toch geen operatie te laten uitvoeren. Verzoekster had immers gezonde benen en ook in haar persoonlijke leven speelden er dingen die ervoor zorgden dat zij dankbaar was voor haar gezonde benen, ook al waren ze krom. In oktober 2024 hoorde verzoekster over een vrouw die een operatie in Rusland had ondergaan. Dit voelde als een laatste kans om de tweede helft van het leven te genieten en

niet te kampen met de pijn. Het was lastig om de beslissing te nemen, omdat verzoekster haar familie alleen moest laten. Ook was het een zware operatie met lang herstel. De operatie is in januari 2025 in Rusland uitgevoerd. Na de operatie moest verzoekster een aantal dagen in het ziekenhuis blijven. Op de tweede dag moest zij beginnen met lopen, terwijl haar benen nog gebroken waren. Hoe meer zij zou lopen, hoe sneller het herstel zou gaan. De Russische arts is gevraagd om een verklaring over de noodzaak van de situatie. Deze arts vertelde dat de kromme benen slecht waren voor de knieën. Hierdoor kwam de bewustwording van waar de pijn in de knieën vandaan kwam. Verzoekster had eerst last van de linkerknie en daarna ook van de rechterknie. Met fietsen had zij een zeurende pijn alsof er iets over elkaar heen wreef. Sinds september kan verzoekster weer fietsen zonder pijn. Dit is een bevestiging van wat de arts heeft verteld.

Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat zij na 2020 deed aan yoga en hardlopen. Ook heeft zij fysiotherapie gehad. Verzoekster is drie of vier keer bij de fysiotherapeut is geweest vanwege kniepijn. Zij heeft toen oefeningen gekregen en die heeft zij altijd uitgevoerd. Verzoekster bleef ook yoga doen en is begonnen met hardlopen. Haar spieren zijn steeds sterker geworden. Beide benen zijn geopereerd. Het ging niet om de knieën, maar om de onderbenen. Er wordt bot doorgezaagd en vervolgens zijn de benen in een apparaat geplaatst. Verzoekster moest na de operatie een week lopen met apparaten om haar benen. Na die week kreeg zij een sleutel en moest zij de apparaten vier keer per dag aandraaien zodat het bot weer bij elkaar kwam. Inmiddels heeft verzoekster geen last meer van de kromme benen. Ook is haar kwaliteit van leven verbeterd. Mensen met rechte benen kunnen zich niet voorstellen hoe het is om kromme benen te hebben. Mogelijk is het een probleem voor de ziektekostenverzekeraar dat de zorg in Rusland is uitgevoerd. Inmiddels heeft verzoekster rechte benen en een gezond lichaam. Dit is ook goed voor haar geest.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de in Volgograd uitgevoerde operatie niet kunnen worden vergoed, omdat hiervoor geen verzekeringsindicatie bestond. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 26 juni 2026 toegelicht dat medisch specialistische behandelingen alleen kunnen worden vergoed als een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit blijkt uit artikel A.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Er moet een indicatie voor de ingreep bestaan. Dit wil zeggen dat duidelijk moet zijn dat de behandeling in de situatie van de verzekerde de meest passende ingreep is. Als deze indicatie er niet is, dan gaat het om een zogenaamde ondoelmatige behandeling. Een ondoelmatige behandeling kan niet worden vergoed.
- 4.2. Bij verzoekster is sprake van varus-as (o-benen) waarbij het probleem is gelegen in de tibia (scheenbeen). In Nederland is bij graad I artrose in de knie de Ilizarov-procedure niet medisch noodzakelijk. Deze procedure wordt dan ook niet toegepast. Bij een meer uitgesproken artrose wordt in Nederland soms nog een tibiakoposteotomie verricht, maar dit is meer bedoeld ter herstel van een definitieve knieprothese. De Ilizarov-procedure wordt in Nederland alleen vergoed bij een groeistoornis, waarbij het ene been langer is dan het andere, waardoor problemen ontstaan. Uit de informatie van het ziekenhuis in de woonplaats van verzoekster blijkt dat zij in 2020 fysiotherapie heeft gehad. Als beleid is aangegeven dat verzoekster door moest gaan met fysiotherapie en dat interventie niet noodzakelijk is. De orthopedisch chirurg zag dan ook geen reden tot operatief ingrijpen.
- 4.3. In de richtlijn 'Oefentherapie bij heup- of knieartrose' wordt uitgelegd dat de behandeling van artrose volgens een vast schema gaat, namelijk: (1) zelfmanagement, educatie, informatie, (2) oefentherapie en fysiotherapie, (3) pijnmedicatie, (4) intra-articulaire injecties, (5) kniebrace en (6) operatie. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat verzoekster recent nog fysiotherapie heeft gehad. Er is ook geen informatie van de orthopeed van een recente datum waaruit dit zou blijken.

De richtlijn geeft verder het volgende aan:

“Bied volwassenen met symptomatische artrose aan heup en/of knie gesuperviseerde oefentherapie aan indien voorlichting en praktische adviezen over de zelfstandige uitvoering van een oefen- en beweegprogramma om de klachten te verminderen niet volstaan.

Verwijs voor gesuperviseerde oefentherapie naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

Gesuperviseerde oefentherapie dient qua frequentie, intensiteit, type, en tijdsduur (FITT factoren) te voldoen aan de minimale eisen om een effect op de gezondheid te kunnen bewerkstelligen en mede met het oog op de beoogde ongesuperviseerde voortzetting aan te sluiten bij adviezen voor gezond beweeggedrag voor de algemene bevolking.”

- 4.4. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar uitgelegd dat hij bij zijn beoordeling geen rekening mag houden met mogelijke toekomstige zorgkosten of complicaties. Hij is wettelijk verplicht om te beoordelen op basis van de huidige medische situatie, de geldende voorwaarden van de zorgverzekering, en de richtlijnen die daarbij horen. Dit betekent dat wordt gekeken naar wat op dit moment medisch noodzakelijk is volgens de richtlijnen, en niet naar wat mogelijk in de toekomst zou kunnen gebeuren.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar uitgelegd dat er bij het doen van een aanvraag weinig ruimte is voor het vertellen van de persoonlijke kant van het verhaal. Het is begrijpelijk dat het voor verzoekster een emotioneel verhaal is. Het is echter de taak van de ziektekostenverzekeraar om zakelijk te kijken of de zorg kan worden vergoed op grond van de eisen die daarvoor gelden. Die eisen staan in de voorwaarden van de zorgverzekering en zijn gebaseerd op wetgeving. De ziektekostenverzekeraar mag voor de zorgverzekering niet zelf de voorwaarden bepalen. Psychisch leed heeft geen plek in het beoordelingskader voor de zorg in kwestie. Dit kan niet zorgen voor een verzekeringsindicatie. Het voorkomen van klachten in de toekomst is ook geen reden om de zorg te vergoeden.
 Ten aanzien van stepped care geldt dat, zoals ook eerder aangegeven, de ziektekostenverzekeraar bereid is om nadere informatie te beoordelen. Hij beschikt over informatie uit 2020 waarin wordt aangegeven dat een interventie niet nodig is en dat moet worden doorgegaan met fysiotherapie. Er is geen medische informatie van daarna en er is ook geen fysiotherapie gedeclareerd. Stepped care houdt in dat er eerst minder ingrijpende behandelingen worden geprobeerd om de klachten weg te nemen. In dit geval was fysiotherapie, pijnmedicatie en een brace voorliggend. Als dat allemaal niet is geprobeerd, is er niet voldaan aan stepped care.
 Voor de ziektekostenverzekeraar maakt het niet uit dat de zorg in Rusland is uitgevoerd. Voor hem kan wel van belang zijn of het gaat om een gecontracteerde zorgaanbieder. Uit de informatie die verzoekster geeft over het voortraject blijkt dat zij niet conservatief was uitbehandeld. Mogelijk heeft zij fysiotherapie gehad, maar een volgende stap zou dan pijnmedicatie zijn en niet een operatie. Het voortraject is in ieder geval onvoldoende om te spreken van stepped care.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 12 mei 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit het dossier blijkt dat bij verzoekster sprake is van een varusstand van de benen en graad 1 artrose van de knieën. In het medisch dossier uit Nederland is geen artrosegraad in het verslag van de orthopeed vermeld, maar wel dat er sprake is van een varusstand. Uit het medisch dossier van de orthopeed uit Rusland volgt dat sprake is van graad 1 artrose en een varusstand. Hiervoor is een knieoperatie beiderzijds uitgevoerd in Rusland.

Ilizarov-procedure

Het Zorginstituut merkt op dat op basis van de röntgenfoto's niet blijkt dat er een Ilizarov-procedure is uitgevoerd.

De Ilizarov-procedure houdt in dat het bot wordt verlengd met een stalen constructie buiten het been, die in de botten wordt geschroefd en waarbij de stalen delen steeds een stukje verder uit elkaar worden gebracht.

Bij verzoekster lijkt wel een Ilizarov-constructie gebruikt te zijn. Niet om het bot te verlengen, zoals bij de Ilizarov-procedure, maar om het bot te fixeren. Uit de röntgenfoto's blijkt dat er een wigje uit het bot gehaald is, vergelijkbaar met een High-tibial osteotomie (HTO).

In Nederland is het gebruikelijk dat het bot bij een HTO wordt gefixeerd met een (inwendige) botplaat. Voordeel hiervan is dat de patiënt snel naar huis kan en het been sneller kan belasten, terwijl bij gebruik van een externe fixateur, zoals de Ilizarov-constructie, de patiënt geïmmobiliseerd en opgenomen moet blijven.

Redelijkerwijs aangewezen op

In geschil is of verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de knieoperatie met Ilizarov-constructie in Rusland.

De richtlijn 'Geïsoleerde mediale en laterale artrose van de knie' van de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) stelt: "Bij jonge patiënten (< 65 jaar) met milde tot matig ernstige unicompartimentele knieartrose (Kellgren&Lawrence graad 1 tot 3) en een malalignment is er eerder een correctie osteotomie geïndiceerd en bij oudere patiënten met eindstadium (Kellgren&Lawrence graad 4) unicompartimentele artrose eerder een UKP."

In de richtlijn wordt geen grens gesteld voor de mate van malalignment. Op basis van de medische informatie van de orthopeed uit Rusland voldoet verzoekster aan de voorwaarden zoals omschreven in de richtlijn.

Uit bovengenoemde richtlijn blijkt daarnaast: "Stepped care is van belang bij de behandeling van unicompartimentele knieartrose, waarbij er altijd gestart wordt met een conservatieve behandeling. Daarna volgt indien nodig een operatieve ingreep. Dit kan gewrichtsparend (een correctie osteotomie) of gewrichtsvervangend (een UKP) zijn."

Ook de richtlijn 'Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie' van de NOV stelt dat de primaire behandeling voor artrose conservatief is en in eerste instantie bestaat uit zelfmanagement, educatie en informatie, oefentherapie bij heup- of knieartrose, pijnmedicatie (oraal, dermaal), intra-articulaire injecties, kniebraces en voetortheses in een geïntegreerd beleid (stepped-care). De orthopedisch chirurg van het St. Anna ziekenhuis heeft verzoekster in het verleden terugverwezen naar de huisarts omdat een interventie op dat moment niet noodzakelijk was en er een indicatie was voor voortgezet conservatief beleid.

Informatie over de conservatieve behandeling sindsdien, ontbreekt in het dossier. In de verslaglegging van de orthopedisch chirurg uit Rusland wordt geen informatie gegeven over een eventueel doorlopen conservatief behandeltraject sinds 2020, en in hoeverre verzoekster het volledige conservatieve traject heeft doorlopen. Daardoor is niet duidelijk of de mogelijkheid van conservatief herstel voldoende is benut.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat niet is gebleken dat verzoekster conform het stepped care principe conservatief is uitbehandeld, terwijl

de richtlijn dit wel voorschrijft voordat tot een operatie wordt overgegaan. Daarom kan niet worden vastgesteld dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de knieoperatie in Rusland.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster was niet redelijkerwijs aangewezen op de knieoperatie in Rusland ten laste van de basisverzekering.”

- 5.2. In het definitief advies van 29 juni 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting ontvangen.

Verzoekster geeft tijdens de hoorzitting aan dat geen sprake is geweest van een knieoperatie, maar van een operatie aan de onderbenen.

Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Het kniegewricht bestaat uit drie botdelen: het dijbeen (femur), het onderbeen (tibia) en de knieschijf (patella). Een tibiakop osteotomie, zoals uitgevoerd bij verzoekster, wordt ook wel een knie-osteotomie of correctie-osteotomie van de knie genoemd. Het is een behandeling aan de bovenzijde van het onderbeen, welke tevens onderdeel is van het kniegewricht. Het is daarmee mogelijk om te spreken van een knieoperatie, operatie aan de onderbenen en/of standscorrectie van het onderbeen.

Daarnaast geeft verzoekster aan drie of vier keer fysiotherapie te hebben gehad. Deze stelling wordt echter niet onderbouwd met bewijsstukken. Behalve dat geen bewijsstukken zijn aangeleverd ten aanzien van de doorlopen conservatieve behandeling is het hebben ondergaan van enkele fysiotherapeutische behandelingen onvoldoende om vast te stellen dat er sprake is geweest van een volledig doorlopen en uitgeput conservatief traject.

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

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.22. 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. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar Rusland gegaan om daar een operatie aan beide benen te ondergaan. De commissie overweegt dat tussen Nederland en Rusland (de Russische Federatie) geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering bestaat, zodat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering

- 7.3. Verzoekster wil graag dat de kosten die verband houden met de in Volgograd uitgevoerde operatie worden vergoed. De redenen hiervoor heeft zij duidelijk aan de commissie uitgelegd. De situatie van destijds heeft bij verzoekster gezorgd voor zowel fysieke als mentale klachten. De commissie begrijpt dat het daarom voor verzoekster belangrijk was om de operatie te ondergaan. De commissie dient echter te beoordelen of de kosten die hiermee verband houden voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering.
- 7.4. Op grond van artikel B.2.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. Tussen partijen is voorts niet in geschil dat de zorgverzekering dekking biedt voor medisch specialistische zorg en dat de door verzoekster genoten zorg een verzekerde prestatie betreft. Wat partijen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de in Volgograd uitgevoerde operatie.
- 7.5. In zijn advies aan de commissie van 12 mei 2026 heeft het Zorginstituut uitgelegd dat bij verzoekster geen Ilizarov-procedure is uitgevoerd, maar een operatie met Ilizarov-constructie. De richtlijn ‘Geïsoleerde mediale en laterale artrose van de knie’ van de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) stelt: *“Bij jonge patiënten (< 65 jaar) met milde tot matig ernstige unicompartimentele knieartrose (Kellgren&Lawrence graad 1 tot 3) en een malalignment is er eerder een correctie osteotomie geïndiceerd en bij oudere patiënten met eindstadium (Kellgren&Lawrence graad 4) unicompartimentele artrose eerder een UKP.”* De richtlijn ‘Geïsoleerde mediale en laterale artrose van de knie’ van de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) stelt: *“Bij jonge patiënten (< 65 jaar) met milde tot matig ernstige unicompartimentele knieartrose (Kellgren&Lawrence graad 1 tot 3) en een malalignment is er eerder een correctie osteotomie geïndiceerd en bij oudere patiënten met eindstadium (Kellgren&Lawrence graad 4) unicompartimentele artrose eerder een UKP.”* In de richtlijn wordt geen grens gesteld voor de mate van malalignment. Op basis van de medische informatie van de orthopeed uit Rusland voldoet verzoekster aan de voorwaarden zoals omschreven in de richtlijn. Uit deze richtlijn blijkt daarnaast: *“Stepped care is van belang bij de behandeling van unicompartimentele knieartrose, waarbij er altijd gestart wordt met een conservatieve behandeling. Daarna volgt indien nodig een operatieve ingreep. Dit kan gewrichtsparend (een correctie osteotomie) of gewrichtsvervangend (een UKP) zijn.”* Ook de richtlijn ‘Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie’ van de NOV stelt dat de primaire behandeling voor artrose conservatief is en in eerste instantie bestaat uit zelfmanagement, educatie en informatie, oefentherapie bij heup- of knieartrose, pijnmedicatie (oraal, dermaal), intra-articulaire injecties, kniebraces en voetortheses in een geïntegreerd beleid (stepped-care). De orthopedisch chirurg van het St. Anna ziekenhuis heeft verzoekster in het verleden terugverwezen naar de huisarts omdat een interventie op dat moment niet noodzakelijk was en er een indicatie was voor voortgezet conservatief beleid. Informatie over de conservatieve behandeling sindsdien ontbreekt in het dossier. In de verslaglegging van de orthopedisch chirurg uit Rusland wordt geen informatie gegeven over een eventueel doorlopen conservatief behandeltraject sinds 2020, en in hoeverre verzoekster het volledige conservatieve traject heeft doorlopen. Daardoor is niet duidelijk of de mogelijkheid van conservatief herstel voldoende is benut. Volgens het Zorginstituut is op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet gebleken dat verzoekster conform het stepped care principe conservatief is uitbehandeld, terwijl de richtlijn dit wel voorschrijft voordat tot een operatie wordt overgegaan. Daarom kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de operatie, uitgevoerd in Volgograd.
- Bij definitief advies van 20 juni 2026 heeft het Zorginstituut opgemerkt dat verzoekster tijdens de hoorzitting heeft gesteld dat geen sprake is geweest van een knieoperatie, maar van een operatie aan de onderbenen. Het Zorginstituut heeft in dit verband uitgelegd dat het kniegewricht uit drie botdelen bestaat: het dijbeen (femur), het onderbeen (tibia) en de knieschijf (patella). Een tibiakop osteotomie, zoals uitgevoerd bij verzoekster, wordt ook wel een knie-osteotomie of correctie-osteotomie van de knie genoemd. Het is een behandeling aan de bovenzijde van het onderbeen, welke tevens onderdeel is van het kniegewricht. Het is daarmee mogelijk om te spreken van een

knieoperatie, operatie aan de onderbenen en/of standscorrectie van het onderbeen. Daarnaast heeft verzoekster benoemd dat zij drie of vier keer fysiotherapie heeft gehad. Deze stelling wordt echter niet onderbouwd met stukken. Behalve dat geen stukken zijn aangeleverd ten aanzien van de doorlopen conservatieve behandeling is het hebben ondergaan van enkele fysiotherapeutische behandelingen onvoldoende om vast te stellen dat er sprake is geweest van een volledig doorlopen en uitgeput conservatief traject.

- 7.6. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, waaronder haar stelling dat zij zonder dit ingrijpen in de toekomst mogelijk zou zijn aangewezen op ingrijpende en kostbare zorg, geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Deze al dan niet reële verwachting doet immers niet af aan het feit dat verzoekster ten tijde van de operatie hierop niet redelijkerwijs was aangewezen. Daarbij komt dat de zorgverzekering niet voorziet in de mogelijkheid van substitutie, dat wil zeggen de vergoeding van kosten van niet-verzekerde of niet-geïndiceerde zorg op basis van de (eventueel) bespaarde kosten van wel verzekerde en geïndiceerde zorg. Ook de door verzoekster genoemde psychische overwegingen om de operatie te ondergaan, doen niet af aan het feit dat verzoekster ten tijde van de operatie hierop niet redelijkerwijs was aangewezen. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut daarom over. Aangezien verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op de in Volgograd uitgevoerde operatie, komen ook de andere kosten die zij in dit verband heeft gemaakt niet voor vergoeding in aanmerking.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 juli 2026,

J.J.M. Linders

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

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

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

Buitenland

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.), zorg in het buitenland (artikel B.2.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg in het buitenland.
Uw basisverzekering geeft werelddekking. Dit betekent dat u buiten Nederland verzekerd bent voor dezelfde zorg en dezelfde omvang als binnen Nederland.
Als u zorg in een verdragsland krijgt omdat u daar woont of omdat u daar tijdelijk verblijft dan kunt u (in plaats van de vergoeding vanuit uw basisverzekering) kiezen voor de wettelijke regeling die in dat verdragsland geldt.

Wat is uw vergoeding?

- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
 1. Voor zorg in een verdragsland: de wettelijke regeling van het verdragsland voor zorg in een verdragsland.
 2. Voor zorg in het buitenland: buitenlandzorg heeft een gelijke omvang en hoogte zoals de zorg in Nederland is verzekerd voor zorg in het buitenland.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- Als u kiest voor vergoeding uit de basisverzekering dan moet deze zorg voldoen aan de voorwaarden zoals die gelden voor zorg in Nederland
- Als u kiest voor de wettelijke regeling in een verdragsland dan moet de zorg voldoen aan de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is.
In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen zorg buitenland' staat (extramurale zorg)
Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen medicijnen in het buitenland' staat
Het gaat hierbij om medicijnen die vallen onder medisch specialistische zorg. Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg)
- Wij adviseren u graag vooraf via onze afdeling Klanten Contact Centrum
Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan een buitenlandse zorgverlener. Om een goed advies te kunnen geven, hebben wij vaak meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat; dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt
Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor zorg in het buitenland (artikel B.2.2.)**Wat betaalt u zelf?**

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- Als u kiest voor vergoeding uit de basisverzekering dan moet deze zorg voldoen aan de voorwaarden zoals die gelden voor zorg in Nederland
- Als u kiest voor de wettelijke regeling in een verdragsland dan moet de zorg voldoen aan de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is.
In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen zorg buitenland' staat (extramurale zorg)
Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen medicijnen in het buitenland' staat
Het gaat hierbij om medicijnen die vallen onder medisch specialistische zorg. Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg)
- Wij adviseren u graag vooraf via onze afdeling Klanten Contact Centrum
Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan een buitenlandse zorgverlener. Om een goed advies te kunnen geven, hebben wij vaak meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat; dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt
Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.), opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medisch specialistische zorg
Het gaat hierbij om al deze zorg:
 - medisch specialistische behandelingen (geneeskundige zorg);
 - aanvullende medische handelingen (zoals gips aanleggen of een ECG-onderzoek);
 - medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen en onderdeel zijn van het DBC zorgproduct;
 - laboratoriumonderzoek;
 - verpleging;
 - second opinion.
- Opname bij medisch specialistische zorg
Het gaat hierbij om deze zorg:
 - opname in de laagste klasse van een ziekenhuis of Z.B.C.;
 - verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Voor medisch specialistische zorg: 100%; en
- Voor opname bij medisch specialistische zorg: 100% maximaal 3 jaar (1095 dagen).

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- Plastische chirurgie, orgaantransplantatie, geriatrische revalidatie, vruchtbaarheidsbehandeling en voorwaardelijke zorg zijn ook medisch specialistische zorg, maar staan in een ander artikel

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts
- Verloskundige
- Medisch specialist
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Verpleegkundig specialist
- Physician assistant
- Sportarts
- Jeugdarts
- Bedrijfsarts
- Optometrist of orthoptist
Deze zorgverlener mag bij oogaandoeningen verwijzen naar een oogarts.
- GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA
- Triage-audicien
Een triage-audicien mag bij een gehoorandoening verwijzen naar een KNO-arts of audiologisch centrum.

- Klinisch fysicus-audioloog
Een klinisch fysicus-audioloog mag verwijzen voor audiologische zorg.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in bepaalde situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.
Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg. De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose
- Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- Besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak
- Sterilisatiebehandelingen en behandelingen om sterilisatie terug te draaien
- Correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen)
- Parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener
- Zorg of middelen die na behandeling nodig zijn (of die in het verlengde van de behandeling liggen)
- Bevolkingsonderzoek

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- Bij de telling van het aantal opnamedagen gelden deze regels:
 - Onderbreking korter dan 31 dagen: deze dagen tellen niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking tellen we verder.
 - Onderbreking langer dan 30 dagen: we beginnen opnieuw te tellen. U heeft weer opnieuw recht op (vergoeding van) de zorg voor het totaal aantal opnamedagen.
 - Onderbreking voor weekend- of vakantieverlof: deze dagen tellen mee bij het totaal aantal dagen, alsof de opname doorloopt.
- Bij opname in het buitenland geldt het Nederlandse verpleegtariaf
Een instelling voor medisch specialistische zorg in het buitenland kan twee of meer (verpleeg)klassen hebben. Voor de vergoeding geldt het Nederlandse verpleegtariaf.
- Opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in bepaalde situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.
Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Ziekenhuis of Z.B.C.
Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza):
 - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
 - een algemeen ziekenhuis
 - een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis met één of enkele medische specialismen, zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis);
 - een universitair ziekenhuis.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Skinvision (artikel B.4.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Digitale medisch specialistische zorg (Skinvision)
Medisch specialistische zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Wat is uw vergoeding?

- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 100% voor skinvision.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een huidplekje.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het account van de app moet aan uw relatienummer zijn gekoppeld

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Plastische chirurgie (artikel B.4.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Plastische chirurgie
Het gaat om behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Daarnaast de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen en laboratoriumonderzoek. Als er een opname nodig is, omvat de zorg ook opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg, opname, verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor plastische chirurgie.

Combinatie basisverzekering

Uw basisverzekering is een 'combinatieverzekering'. Voor een deel van uw verzekering vergoeden wij de kosten van de verzekerde zorg (restitutie). Voor een ander deel bent u verzekerd voor zorg (in natura). Als het gaat om zorg in natura dan staat dit bij de vergoeding van de betreffende zorg. Staat dit er niet bij dan is de zorg op basis van restitutie.

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Uw verzekeringspasje

U ontvangt van ons een digitale verzekeringspas als uw verzekering is ingegaan. Als u deze digitale pas laat zien, kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u toch een fysieke pas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Op de achterkant is dit een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

Als u collectief verzekerd bent, kan het zijn dat er aanvullende afspraken zijn gemaakt waardoor u ook een fysieke pas ontvangt. Dit kan een pasje zijn met of zonder EHIC.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren. Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

Lidmaatschap

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit? Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep. Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit? Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie. Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig. De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit? Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt. Nieuwe technische ontwikkelingen vormen geen reden voor vervanging van een hulpmiddel binnen de gebruikstermijn.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen. Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
 - de ingangsdatum van uw dienstverband;
 - inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.