

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F tegen C en E beide te D  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, knieprothese na arthrodese  
Zaaknummer : 2010.01257  
Zittingsdatum : 19 januari 2011

1. Partijen

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

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 4 januari 2008 de kosten van een knieoperatie in Londen (Groot-Brittanië) (hierna: de aanspraak) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 4 januari 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 11 juni 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 september 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 september 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 september 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 23 september 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 november 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010118606) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat gezien de individuele situatie van verzoeker een totale knie-arthroplastiek redelijkerwijs is aangewezen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 januari 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 26 januari 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 1 februari 2011 zijn definitieve advies aan de commissie uitgebracht. Het CVZ concludeert dat verzoeker een indicatie had voor de gevraagde ingreep en dat hij hierop redelijkerwijs was aangewezen. De toepasselijke DBC voor deze ingreep is 05110018960223 "*reguliere zorg//post-traumatische afwijking: knie/operatie met klinische episode(n) met gewrichtsprothese*". In april 2008 was het daaraan verbonden tarief € 10.374,50. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 4 februari 2011 aan partijen gezonden.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 7 februari 2011 respectievelijk 10 februari 2011 op het definitieve CVZ-advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartijen gezonden. Verzoeker heeft geen nadere opmerkingen over het CVZ-advies. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het CVZ-advies is gebaseerd op algemeen literatuuronderzoek. Hierbij kunnen de criteria die bij de individuele verzekerde gelden nooit meegenomen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft de zaak van verzoeker individueel laten beoordelen door een deskundige. Deze kwam tot het oordeel dat verzoeker niet geïndiceerd was voor de gewenste zorg.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in het verleden een granaatverwonding opgelopen aan zijn linker onderbeen. Als gevolg hiervan is zijn linkerbeen korter dan zijn rechterbeen. Daarom is hij verschillende keren geopereerd. Dit traject werd bemoeilijkt door een sepsis, die uiteindelijk een arthrodese noodzakelijk maakte. Verzoeker ondervond hierdoor sterke functiebeperkingen in het dagelijks leven, waardoor hij psychische stoornissen ontwikkelde. Verzoeker heeft in Nederland diverse artsen geraadpleegd, maar deze

artsen durfden de ingreep niet aan, gezien de zeldzaamheid van de aandoening en het gebrek aan ervaring. Uiteindelijk is verzoeker bij de London Knee Clinic terecht gekomen, waar hij wel geopereerd kon worden. Op 28 april 2008 heeft de behandeling plaatsgevonden. De kosten van de aldaar geplaatste knieprothese, een bedrag van £ 22.155,-, blijven nu echter voor zijn rekening.

- 4.2. Verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar op grond van de Zvw een zorgplicht heeft, die hij dient na te komen. Er dient een marktconform bedrag te worden vergoed. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om aan te tonen dat een voor vergoeding ingediende nota in een individueel geval onredelijk hoog is. Nu de operatie van verzoeker qua aard en omvang uitzonderlijk en zeldzaam is, dienen in dit specifieke geval, bij een gebrek aan vergelijkingsmateriaal, de operatiekosten als redelijk te worden beschouwd.
- 4.3. Verzoeker was aangewezen op de in Londen genoten zorg, omdat er in Nederland geen, althans onvoldoende mogelijkheden waren voor een operatie.
- 4.4. Verzoeker is door zijn Nederlandse arts verwezen naar de London Knee Clinic. Dit blijkt uit de brief van de London Knee Clinic aan dr. Van der Velde van 15 november 2007, waarin staat: "Thank you for asking [naam verzoeker] to seek an opinion from me". De verwijzing wordt nog eens bevestigd door de door verzoeker ingeschakelde medisch adviseur. Daarnaast blijkt uit de brief van 6 oktober 2008 van de Nederlandse arts niet, dat hij de onderhavige verwijzing weerspreekt.
- 4.5. Uit het advies van de medisch adviseur van het Medisch Juridisch Adviesbureau Nijmegen B.V. blijkt dat de ingreep medisch noodzakelijk was. Verzoeker kon door de verstijving van het gewricht zijn been niet meer bewegen, met alle functionele beperkingen van dien. De ingreep was noodzakelijk om de functionaliteit van het been te verbeteren. Dit was voor verzoeker de enige overgebleven mogelijkheid. Daarnaast mag de toestemming, op grond van het arrest Smits/Peerbooms, alleen geweigerd worden op grond van het ontbreken van een medische noodzaak indien de verzekerde in eigen land tijdig een identieke of even doeltreffende behandeling kan ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker dit echter overduidelijk niet kunnen bieden. Het argument van de ziektekostenverzekeraar, dat een aantal medisch specialisten de ingreep medisch niet noodzakelijk acht, gaat niet op, aangezien zowel de huisarts, als de ingeschakelde medisch adviseur en dr. Van der Velde hebben verklaard de ingreep wel medisch noodzakelijk te achten.
- 4.6. Zorg is doelmatig als het in ieder geval het gewenste effect sorteert. De door verzoeker ingeschakelde medisch adviseur heeft verklaard dat de doelmatigheid niet ter discussie staat, nu een omvangrijke ingreep ook een omvangrijke verbetering van de functionaliteit van de knie moet geven. Er bestaat bij een status na artrodese geen eenvoudiger manier voor het herstellen van de functionaliteit van de knie dan het plaatsen van een knieprothese.
- 4.7. De door verzoeker ondergane ingreep is algemeen bekend en dus gebruikelijk. Verzoeker bevindt zich echter in een uitzonderlijke situatie, omdat hij in een oorlogssituatie een verwonding heeft opgelopen. Daarnaast wordt de ingreep normaal gesproken alleen uitgevoerd bij oudere personen. Gezien de uitzonderlijke situatie, dient het begrip "gebruikelijk" ruim uitgelegd te worden. Verzoeker benadrukt dat de ondergane ingreep voor hem de enige uitweg was.

- 4.8. Verzoeker vordert tevens vergoeding van de kosten van rechtsbijstand van € 147.--, de kosten van de door hem ingeschakelde medisch adviseur van € 199,92 en het entreegeld van € 37.--.
- 4.9. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ heeft geconcludeerd dat de onderhavige ingreep voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk mits sprake is van een passende indicatie. Verzoeker is gezien zijn indicatie redelijkerwijs aangewezen op deze ingreep. Dit wordt onderschreven door het CVZ. Verzoeker benadrukt dat sprake was van een verwijzing naar de arts in Londen. Dit moet op zijn minst uit de omstandigheden worden afgeleid. Bovendien is er overleg geweest tussen de Nederlandse en Britse arts. Verzoeker merkt op dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 4 januari 2009 duidelijk aangeeft dat de verwijzing geen problemen oplevert. De ziektekostenverzekeraar zag destijds alleen problemen met de medische noodzaak, doelmatigheid en gebruikelijkheid van de behandeling. Hieruit heeft verzoeker mogen afleiden dat de verwijzing niet in geschil was.
- 4.10. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De onderhavige behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er is geen ruime ervaring ten aanzien van het opheffen van een arthrodese door middel van het plaatsen van een kunstgewricht.
- 5.2. Daarnaast is de behandeling niet medisch noodzakelijk en niet doelmatig. Meerdere specialisten hebben te kennen gegeven dat een knieprothese in de situatie van verzoeker geen oplossing biedt. Zij vinden de ingreep medisch gezien niet noodzakelijk. Bij verzoeker ontbreekt een goed strekapparaat, hetgeen noodzakelijk is voor een goede uitgangspositie voor een gewrichtsvervangende prothese. Daarnaast zal de prothese op langere termijn loslating gaan vertonen.
- 5.3. Verzoeker is zelf op zoek gegaan naar iemand die bereid was hem te opereren. Er is geen schriftelijke verwijzing van de Nederlandse arts voor de onderhavige ingreep. Dat in de brief van de London Knee Clinic wordt gesuggereerd dat er wel een dergelijke verwijzing is, doet hier niet aan toe of af. Daarbij spreekt de Nederlandse arts in zijn brief van 6 oktober 2008 tegen dat hij verzoeker heeft verwezen naar voornoemde kliniek.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ weliswaar heeft geoordeeld dat de zorg geïndiceerd is, maar daarmee is de doelmatigheid van de zorg nog niet gegeven. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat de onderhavige zorg niet doelmatig is. Dit wordt onderschreven doordat de diverse door verzoeker geconsulteerde artsen niet bereid waren deze zorg te bieden, omdat de zorg niet tot een houdbare functieverbetering zal leiden. Indien de commissie oordeelt dat de sprake is van verzekerde zorg, zal aan de overige polisvoorwaarden moeten worden voldaan. Verzoeker beschikt niet over een verwijzing naar de arts in de London Knee Clinic. Er is slechts een verwijzing voor een second opinion naar deze arts afgegeven. Ook heeft verzoeker geen voorafgaande toestemming verkregen van de ziektekostenverzekeraar.

Indien de commissie oordeelt dat de onderhavige ingreep toch voor vergoeding in aanmerking komt, kan slechts sprake zijn van een gedeeltelijke vergoeding conform artikel B24 van de zorgverzekering, omdat sprake is van zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

De ziektekostenverzekeraar wijst een vergoeding van de proceskosten af.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het plaatsen van een knieprothese te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt.*

*(...)*

*U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg, verpleeghuisarts of een bedrijfsarts, als de klachten met uw werk te maken hebben.*

*(...)*

*Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:*

*– zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 90% van het tarief wordt vergoed, maar voor uw rekening blijft ten hoogste € 200,*

*(...).”*

Artikel B3 van de zorgverzekering bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar een deel van de kosten vergoed, indien de zorg is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In de polis is bij de verschillende vormen van zorg opgenomen hoeveel wordt vergoed.

Artikel B4 van de zorgverzekering bepaalt dat alleen aanspraak bestaat op zorg, voor zover deze conform de stand van de wetenschap en de praktijk is.

Artikel B9 regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

*(...)*

*Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.*

*U heeft recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder.*

*Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

*(...)*

*Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming hebt u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.”*

- 8.3. De artikelen B4, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv.
- 8.5. In artikel 13 Zvw is bepaald dat als een verzekerde gebruik maakt van de diensten van een zorgverlener die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, hij recht heeft op een door de ziektekostenverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
- 8.6. In artikel 2.1, tweede lid Bzv is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)*

*c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:*

*i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;*

*ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.*

*2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Mede gelet op hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, dient in de eerste plaats te worden nagegaan of de onderhavige behandeling is aan te merken als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. In dat verband is de vraag relevant of het plaatsen van een knieprothese na arthrodesis conform de stand van de wetenschap en de praktijk is.

9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.

Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.

Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.



- 9.3. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.

Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.

Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot het plaatsen van een knieprothese na arthrodese is door het CVZ in zijn advies van 30 november 2010 uitgevoerd. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.

- 9.4. Nu gebleken is dat de onderhavige zorg een verzekerde prestatie is, dient te worden vastgesteld of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de door hem ondergane behandeling. Het CVZ heeft in zijn advies van 30 november 2010 gesteld dat verzoeker een indicatie heeft voor de ondergane ingreep en dat hij redelijkerwijs is aangewezen op deze ingreep. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare. Rest de vraag naar de hoogte van de vergoeding.
- 9.5. Medisch noodzakelijke zorg, genoten in een Europese lidstaat, kan op twee manieren worden vergoed. Enerzijds op grond van EG-Verordening 1408/71, waarbij gedurende het verblijf in een andere Europese lidstaat dan Nederland, het tarief vergoed dient te worden zoals dat geldt volgens het socialezekerheidsstelsel van de betreffende Europese lidstaat. Anderzijds op grond van de zorgverzekering waarbij door de ziektekostenverzekeraar het in Nederland geldende Wmg-tarief dan wel het marktconforme bedrag dient te worden vergoed.
- 9.6. Op grond van artikel 22 lid 1 sub c in samenhang met lid 2 van EG-Verordening 1408/71 kan een verzekerde, voorafgaande aan de behandeling, bij zijn zorgverzekeraar om een E 112-formulier verzoeken. Indien toestemming wordt geweigerd, kan achteraf worden getoetst of deze op juiste gronden is onthouden. Een dergelijke toetsing hoeft op grond van het arrest Stamatelaki (HvJ EG 19 april 2007, zaak C-444/05) niet te worden toegepast indien geen voorafgaande toestemming conform artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 is gevraagd. Verzoeker heeft tijdig verzocht om toestemming voor de onderhavige ingreep. De commissie is van oordeel dat dit verzoek is aan te merken als een verzoek conform artikel 22 van EG-Verordening 1408/71. Gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar deze toestemming ten onrechte heeft geweigerd. Door de ziektekostenverzekeraar zal daarom per omgaande moeten worden overgegaan tot tarifiering, om vast te stellen welk tarief volgens de sociale ziektekostenverzekering in Groot-Brittannië aan deze behandeling verbonden is.

- 9.7. Met betrekking tot de vergoeding krachtens de zorgverzekering overweegt de commissie het volgende. Op grond van artikel B9 van de zorgverzekering is voor intramurale zorg in het buitenland voorafgaande toestemming vereist van de zorgverzekeraar. Nu verzoeker op 15 november 2007 heeft verzocht om toestemming voor de onderhavige ingreep en deze toestemming ten onrechte is geweigerd, kan het ontbreken van deze toestemming hem thans niet worden tegengeworpen.
- 9.8. Op grond van artikel B9 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland tot het bedrag dat de verzekerde vergoed zou krijgen bij behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. In artikel B24 is bepaald dat de kosten van de onderhavige zorg worden vergoed tot 90 percent van het vastgestelde tarief. Het CVZ heeft vastgesteld dat in de onderhavige situatie de DBC 05110018960223 "*reguliere zorg//post-traumatische afwijking: knie/operatie met klinische episode(n) met gewrichtsprothese*" van toepassing is. In april 2008 was het daaraan verbonden tarief € 10.374,50. De commissie volgt het CVZ in dezen. Op grond van artikel B24 van de zorgverzekering wordt 90 percent van dit tarief vergoed; dit is een bedrag van € 9.337,05. Echter, in ditzelfde artikel B24 is eveneens bepaald dat van de 10 percent die niet wordt vergoed een bedrag van ten hoogste € 200,-- voor rekening van de verzekerde blijft. Verzoeker heeft daarom ingevolge de zorgverzekering aanspraak op een vergoeding van € 10.174,50.
- 9.9. Partijen verschillen voorts van mening of het al dan niet aanwezig zijn van een verwijzing voor de betreffende ingreep. Het staat niet ter discussie dat verzoeker eerst in Nederland heeft gezocht naar een oplossing voor zijn probleem. Uiteindelijk is hij bij de onderhavige Britse arts terecht gekomen. Door de ziektekostenverzekeraar is erkend dat verzoeker in ieder geval een verwijzing had voor een second opinion bij deze arts. Uit het geheel van omstandigheden leidt de commissie af dat deze verwijzing niet alleen voor een second opinion was bedoeld, maar ook voor de eventuele verdere behandeling.
- 9.10. De commissie merkt hierbij op dat het ontbreken van een verwijzing in eerste instantie (bij brief van 4 januari 2008) niet door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd als afwijzingsgrond voor de gevraagde ingreep. Daarna is hier over en weer over gecorrespondeerd. Eerst in de brief van 11 februari 2010 wordt het ontbreken van een verwijzing door de ziektekostenverzekeraar als afwijzingsgrond aangedragen. De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 3 februari 1989 (NJ 1990, 476) bepaald dat uit de eisen van redelijkheid en billijkheid kan voortvloeien, dat wanneer de verzekeraar zijn afwijzing op een bepaalde grond heeft doen steunen, hij daarop niet kan terugkomen door haar nadien, wanneer die grond onjuist is gebleken, op een andere grond te baseren. De commissie is, in navolging van dit arrest, van oordeel dat in een dermate laat stadium, te weten twee jaar na de primaire beslissing, de afwijzingsgrond niet meer kan worden uitgebreid.
- 9.11. Uit het voorgaande volgt dat verzoeker op grond van de zorgverzekering in ieder geval aanspraak heeft op het in 9.8 genoemde DBC-tarief, onder aftrek van de korting in verband met de behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener. De DBC-tarieven worden in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat zulks in voorkomende gevallen – gelijk in dat van verzoeker – niet steeds zo zal zijn, kan niet voor rekening van de ziektekostenverzekeraar worden gebracht.

- 9.12. Een redelijke uitleg van de overeenkomst brengt met zich dat voor verzoeker de onder omstandigheden meest gunstige regeling wordt toegepast. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoeker recht heeft op minimaal het door het CVZ vastgestelde tarief, onder aftrek van de in de polis opgenomen korting in verband met de behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener. De vergoeding bedraagt daardoor in ieder geval € 10.174,50. Indien het tarief dat in Groot-Brittannië op basis van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering voor deze behandeling wordt gehanteerd, hoger is dan voormeld tarief, heeft hij recht op vergoeding van dat tarief.

#### **Vordering kosten rechtsbijstand, kosten medische informatie en entreegeld**

- 9.13. Vaste jurisprudentie van de commissie is dat kosten die partijen maken voor het indienen van een geschil voor eigen rekening dienen te blijven. Dit uitgangspunt stoelt met name op de overweging dat door de wetgever met de onderhavige rechtsgang naar vrijwillige rechtspraak is beoogd een laagdrempelige voorziening te creëren. Het laagdrempelige karakter zou verloren kunnen gaan indien partijen het risico lopen te worden geconfronteerd met proceskosten inclusief kosten van rechtsbijstand die mogelijk meer bedragen dan het financiële belang in de hoofdzaak. De commissie ziet dan ook geen grond de ziektekostenverzekeraar te verplichten meer te vergoeden dan het betaalde entreegeld.

#### **Conclusie**

- 9.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.12 is bepaald.
- 9.15. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

#### **10. Het bindend advies**

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 16 maart 2011,

Voorzitter