

# BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F  
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, arthroscopie knie  
Zaaknummer : 2008.0532  
Zittingsdatum : 13 augustus 2008



Zaak: 2008.0532, geneeskundige zorg buitenland, arthroscopie knie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

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

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 21 februari 2007 de knieoperatie in Duitsland, te weten shaven van de patella met behulp van laser-technologie, niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "retropatellaire chondropahtie en kraakbeenlaesies in de rechterknie". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een diagnostische arthroscopie met handelen naar bevinden, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 17 april 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn besluit te wijzigen en voor de onderhavige behandeling alsnog een bedrag van € 1.763,65 te vergoeden.
- 3.5. Bij brief van 12 februari 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak

alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 22 mei 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 mei 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 juni 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 28 mei 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 26 juni 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd tot nader onderzoek naar de gebruikte operatietechniek ten behoeve van de arthroscopische behandeling van de knie-arthrose. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 13 augustus 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 14 augustus 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden 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 20 augustus 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd. <Bij brief van <datum> heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht.

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

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij tot drie keer toe een aanvraag heeft ingediend om een machtiging voor zijn knieoperatie te krijgen. Omdat hij in april 2007 nog altijd geen antwoord had ontvangen, heeft zijn huisarts telefonisch contact gezocht met de zorgverzekeraar. Aan de huisarts is destijds medegedeeld dat de operatie zou worden vergoed net als het shaven van de patella, doch dat de meerkosten voor het laseren niet zal worden vergoed en dat maximaal het Nederlandse tarief zal worden uitgekeerd. Verzoeker zou uiterlijk 17 april 2007 een schriftelijke bevestiging van deze mededeling ontvangen. Op grond van deze informatie heeft verzoeker besloten zijn operatie van 17 april 2007 doorgang te laten vinden.
- 4.2. Verzoeker kan zich niet vinden in de door de zorgverzekeraar vastgestelde DBC-prestatiecode waarop de vergoeding wordt gebaseerd. Tijdens de operatie is met de meniscus niets gebeurd. De orthopedisch chirurg heeft wel een uitgebreide chondroplastiek uitgevoerd, met behulp van de ablatio-techniek. De aanvraag is ook voldoende ruim gesteld, omdat naast een meniscectomie ook een kraakbeen plastiek en het shaven van de patella wordt aangegeven als mogelijke behandeling. Zijns inziens dient de DBC-prestatiecode voor een behandeling van arthrose te worden gebruikt

als uitgangspunt voor de hoogte van de vergoeding.

- 4.3. Verzoeker stelt dat het shaven van de patella bij volwassenen indien sprake is van chondraaldefecten weldegelijk een geaccepteerde behandeling is in de kring van beroepsgenoten. Ook de ablatietechniek wordt in Nederland toegepast, alleen de daarvoor gebruikte instrumenten worden niet met name genoemd. Ter onderbouwing zijn documenten meegezonden van divers electrochirurgisch en electrothermisch instrumentarium, alsmede twee artikelen over arthroscopische laserchirurgie.
- 4.4. Verzoeker is van oordeel dat de volledige kosten van de knieoperatie, te weten € 5.734,94, dienen te worden vergoed. Op grond van artikel 2.3 en 10.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering kan de vergoeding van de daadwerkelijk gemaakte kosten niet afgewezen worden.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
  - 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat kosten voor zorg, die in het buitenland worden gemaakt, voor vergoeding in aanmerking komen tot maximaal de gemiddelde tarieven zoals deze zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders, zoals blijkt uit artikel 9.1.1 en 12.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
  - 5.2. In de brief van 17 april 2007 noemt de behandelend orthopedisch chirurg een arthroscopie en een meniscectomie. Alleen datgene dat voorafgaande aan de operatie is aangevraagd, mag worden gedeclareerd. Dit betekent voor de door verzoeker ondergane knieoperatie dat op grond van DBC-prestatiecode 05.11.00.1805.0212 een bedrag van € 1.763,65 zal worden vergoed. Dit betreft een tegemoetkoming aan verzoeker, omdat een DBC-prestatiecode voor een kijkoperatie (arthroscopie) eigenlijk niet bestaat.  
Naar later bleek, gaat het om een arthrosis van de knie. Omdat de hierbij behorende DBC-prestatiecode, te weten 05.11.00.1801.0212 een lager tarief kent dan de voren genoemde DBC-prestatiecode, zal deze niet worden toegepast om verzoeker niet in een nadeliger positie te brengen.
  - 5.3. Een ablatie met behulp van lasertechniek is geen verzekerde zorg, omdat het om een experimentele behandeling gaat. Mechanisch shaven bij chondraaldefecten is gebruikelijke zorg, maar kent geen afzonderlijke DBC prestatiecode.  
Voor zover verzoeker met de meegezonden documenten anders bedoelt te zeggen, stelt de zorgverzekeraar dat deze documenten reclamefolders van de betreffende leveranciers zijn; niets meer en niets minder.
  - 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoek(st)er terecht is afgewezen .
6. De bevoegdheid van de commissie  
Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.



## 7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat.

*"Omschrijving:*

*geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:*

*- (. . .)*

*- materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen"*

*Verwijzing door:*

*huisarts (. . .), medisch specialist (. . .)*

*Machtiging:*

*ja. "*

Artikel 2.3 bepaalt ten aanzien van de medische noodzaak het volgende:

*"Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts als en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg 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."*

Artikel 9.1.1 regelt voor de verzekerde woonachtig in Nederland:

*"De verzekerde die in Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:*

*- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd;*

*- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden."*

In artikel 12 wordt ten aanzien van de aanspraken bepaald:

*12. 1. De verzekerde heeft aanspraak op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.*

*12.4. Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2006, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders.*

*Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2006, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders:*



(. . .)

- Medisch specialistische zorg (artikel 15 tot en met 21) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis;

(. . .)

Oe hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie 2007. Het Reglement restitutie 2007 maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [www.dezorgverzekeraar.nl](http://www.dezorgverzekeraar.nl).

- 7.2. De regeling in de artikelen 2.3, 9.1.1, 12 en 15 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.11 van de zorgverzekering/van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.  
Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.  
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 is vervolgens bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in deze procedure in het midden kan blijven. Met het bij brief van 18 april 2008 schriftelijk verlenen van toestemming voor het shaven van de patella, met uitzondering van toepassing van lasertechnologie, tegen het in Nederland geldende tarief, is de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg en de indicatie in zoverre in dit geschil beantwoord.
- 7.6. Met betrekking tot het tarief voor de onderhavige operatie oordeelt de commissie als volgt. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcode (DBC). De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar en verzoeker gehanteerde DBC-code 05.11.00.1805.0213 ziet op reguliere zorg/meniscuslaesie /operatief met dagopname. Deze DBC-prestatiecode is naar het oordeel van de commissie voor verzoeker, onder de omstandigheid dat enerzijds de laserablatie op grond van de stand van de internationale wetenschap en praktijk niet voldoende deugdelijk en beproefd is bevonden en anderzijds bij het wel gebruikelijke mechanisch shaven bij een dergelijke knieoperatie geen afzonderlijke (extra) DBC prestatiecode bestaat, het meest passend. Dit betreft op het moment van de operatie een DBC-code uit het A-segment. Vaststaat dat het bij die code behorende tarief € 1.763,65 bedraagt ten tijde van de aanvraag, zoals blijkt uit de NZa-Tariefapplicatie.
- 7.7. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht, hetgeen met zoveel woorden eveneens is bepaald in artikel 15 van de zorgverzekering. Aangezien alle meegezonden rekeningen, behou-

dens die van reis- en verblijfskosten, betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn begrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-tariefcode in aanmerking komt, inclusief een eventueel mechanisch shaven van de patella ( in dit geval kennelijk niet toegepast) ..

- 7.8. Het onder 7.6 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.

Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorg autoriteit per ziekenhuis en per periode een verrekenpercentage vastgesteld. Dit percentage, dat de vorm kan hebben van een toeslag, maar ook van een korting, dient onder andere ter compensatie van onderzoeks- en scholing staken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld, en is afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds.

Nu het verrekenpercentage afhankelijk is van de situatie in het ziekenhuis, en het - anders dan het DBC-tarief - niet rechtstreeks verband houdt met de uitgevoerde behandeling, ziet de commissie geen dwingende reden in geval van behandeling in het buitenland een toeslag of korting toe te passen.

- 7.9. Voor zover het verzoek ziet op een veel te late reactie van de zorgverzekeraar op de aanvraag, waardoor verzoeker geschaad zou zijn in zijn belang oordeelt de commissie als volgt. In het dossier bevindt zich een brief van de zorgverzekeraar van 21 februari 2007, waaruit blijkt dat voor de onderhavige behandeling in het geheel geen vergoeding wordt verstrekt, omdat deze behandeling niet voldoet aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Aangezien de behandeling eerst 17 april 2007 heeft plaatsgevonden concludeert de commissie dat verzoeker onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij door het nalaten van handelen van de zorgverzekeraar in zijn belang is geschaad.

- 7.10 Het zou de zorgverzekeraar gesierd hebben indien hij in zijn correspondentie duidelijker zou zijn geweest over de hoogte van de vergoeding, doch dat dit niet kan leiden tot een andersluidend oordeel.

- 7.11 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 september 2008,

  
Voorzitter