

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202401923

### Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C. te D.,

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden,
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 23 oktober 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 december 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 10 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 januari 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 5 maart 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025000915) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 6 maart 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 april 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 7 april 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 5 maart 2025 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie een nadere vraag gesteld. Bij brief van 29 april 2025 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht en de vraag van de commissie beantwoord. Een kopie hiervan is op 1 mei 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Op 6 mei 2025 heeft verzoekster aan de commissie meegedeeld dat zij geen op- of aanmerkingen wenst in te brengen ten aanzien van het definitief advies van het Zorginstituut. Op 14 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar op het definitief advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie van zijn reactie is op 15 mei 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.6. Op 23 juni 2025 heeft verzoekster een brief aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 25 juni 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 10 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een kopie hiervan is op 11 juli 2025 aan verzoekster gezonden. Bij brief van 28 juli 2025 heeft verzoekster opnieuw een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 30 juli 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 1.7. Op 8 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 13 augustus 2025 aan verzoekster gezonden. Bij brief van 1 september 2025 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van deze brief is op 2 september 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

## **2. Vaststaande feiten**

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Op 24 mei 2024 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een knieoperatie, uit te voeren in Pforzheim, Duitsland. Op 27 mei 2024 heeft zij aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 4 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster om verdere informatie gevraagd.
- 2.3. Op 26 juni 2024 heeft verzoekster nogmaals een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor een knieoperatie, uit te voeren in Pforzheim, Duitsland. Bij brief van 16 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar haar om aanvullende informatie gevraagd. Op 19 juli 2024 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Bij brief van 23 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde knieoperatie niet wordt vergoed. Verzoekster heeft op 31 juli 2024 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 12 augustus 2024 hebben verzoekster en de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact gehad. Bij brief van 20 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster om aanvullende informatie gevraagd. Op 22 augustus 2024 hebben verzoekster en de ziektekostenverzekeraar nogmaals telefonisch contact met elkaar gehad.
- 2.5. Bij brief van 23 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat het klachtendossier is gesloten. Op 29 september 2024 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 8 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd dat de knieoperatie in Duitsland niet wordt vergoed. Eveneens op 8 oktober 2024 heeft verzoekster om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 11 oktober 2024 hebben verzoekster en de ziektekostenverzekeraar telefonisch met elkaar gesproken. Bij brief van 16 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de knieoperatie in Duitsland niet wordt vergoed.
- 2.6. Op 16 oktober 2024 is de aangevraagde knieoperatie in Pforzheim uitgevoerd.
- 2.7. Op 22 oktober 2024 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Op 29 oktober 2024 hebben verzoekster en de ziektekostenverzekeraar telefonisch met elkaar gesproken. Diezelfde dag heeft de ziektekostenverzekeraar schriftelijk aan verzoekster bevestigd dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 2.8. Bij brief van 5 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.9. Bij brief van 29 april 2025 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 Pforzheim uitgevoerde knieoperatie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft bij de aanvraag van 26 juni 2024 haar medische geschiedenis toegelicht. In haar geval leidden alle conservatieve behandelingen niet tot het gewenste effect. In plaats van verbetering van de pijnklachten en een stabiel ziektebeeld, zijn de klachten vanaf 2015 toegenomen. Deze klachten heeft verzoekster toegelicht. Door de klachten werd verzoekster beperkt in haar leven. Zij kon haar dagelijkse werkzaamheden niet meer uitvoeren. Niet opereren zou tot gevolg hebben gehad dat verzoekster steeds minder kon. De pijn zou toenemen en de kwaliteit van leven zou afnemen. Zonder operatieve ingreep had verzoekster geen zicht op een toekomst met minder pijn en beperkingen. Verder heeft verzoekster opgemerkt dat de behandeling in Duitsland vele malen goedkoper is dan in Nederland.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 31 juli 2024, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoekster toegelicht dat de aanvraag is afgewezen op basis van artrose stadium 1. Dit is een vergevorderd ziektebeeld voor de leeftijd van verzoekster. Iedere arts geeft het een andere naam. In Nederland wordt gesproken over Retropatellaire chondropathie met IRS score III-V. Bij stadium V is sprake van artrose. Dit heeft de Duitse arts vastgesteld. Het betreft het eerste stadium van artrose. Niet opereren zou betekenen dat de rest van het kniegewricht ook kapot gaat en de artrose toeneemt. In dat geval zou verzoekster al op zeer jonge leeftijd een nieuwe (kunst)knie nodig hebben. Op latere leeftijd kan zij dan niet meer worden behandeld, omdat zij dan al twee knieën versleten heeft, en zal de knie moeten worden vastgezet of het been geamputeerd. Verzoekster beschrijft dat de behandeling in Duitsland nodig is om de klachten te verhelpen. Vanwege de patella luxatie en het feit dat de knieschijf daardoor instabiel is, mede door de trochlea dysplasie, is een MPFL-plastiek noodzakelijk. De knieschijf zou anders alsnog ‘schaven’ en dan meer schade veroorzaken.
- 3.4. Bij klachtenformulier van 23 oktober 2024 heeft verzoekster aan de commissie toegelicht dat zij in Nederland niet kon worden geholpen. Zij is bij een kliniek in Arnhem geweest, maar de arts aldaar kon haar niet helpen. Een second opinion bij een ziekenhuis resulteerde in een lange wachttijd. Door middel van wachtlijstbemiddeling is verzoekster bij een andere arts gekomen. Hier kreeg verzoekster te horen dat zij over haar toekomst moest gaan nadenken en zich desnoods moest laten afkeuren. Verzoekster is steeds van het kastje naar de muur gestuurd. Volgens de Nederlandse artsen zou een toekomst met beperkingen een feit zijn. Uiteindelijk heeft zij zich voor een third opinion tot een arts in Duitsland gewend. Deze arts heeft verzoekster doorverwezen naar de kliniek in Pforzheim, waar zij later is geopereerd. Inmiddels heeft verzoekster een grotere kans op een hoopvolle en pijnvrije toekomst.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat de operatie in Pforzheim succesvol is verlopen en dat het herstel goed lijkt te gaan. Het geschil met de ziektekostenverzekeraar is een lang proces geweest. Er is onderzocht of behandeling in Nederland mogelijk was en de ziektekostenverzekeraar is door haar benaderd voor zorgbemiddeling. Verzoekster zou een second opinion krijgen in Nijmegen, maar er waren lange wachtlijsten. Daarom is hiervoor een arts in Duitsland benaderd en is de behandeling daar ook uitgevoerd. Volgens deze arts was een kraakbeentransplantatie mogelijk. Voorafgaand aan de behandeling is om toestemming van de ziektekostenverzekeraar gevraagd. Deze heeft hierop meerdere malen om informatie verzocht, die ook is verstrekt. Uiteindelijk heeft verzoekster de afwijzende beslissing ontvangen op de operatiedatum. Het gaat in dit geval om twee aparte behandelingen, namelijk een kraakbeentransplantatie en een MFPL-reconstructie. Deze behandelingen zijn ook apart op de nota genoemd. Het is mogelijk dat de kraakbeentransplantatie niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dit betekent echter niet dat de MFPL-reconstructie niet voor vergoeding in aanmerking komt. De

MFPL-reconstructie voldoet namelijk wel aan genoemd criterium en wordt ook in Nederland uitgevoerd. De Nederlandse arts weigerde echter deze behandeling bij verzoekster uit te voeren. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 oktober 2024 blijkt ook dat zij is aangewezen op de MFPL-reconstructie. In het onderhavige geval dienen de kosten van de gehele behandeling te worden vergoed, maar valt in ieder geval niet in te zien waarom de kosten van de MFPL-reconstructie niet voor vergoeding in aanmerking komen.

Over de AutoCart® wordt door het Zorginstituut gezegd dat het een operatieve ingreep is waarbij het kraakbeen wordt behandeld met eigen kraakbeen. Dit betreft dus niet de behandeling van de banden, de MFPL-reconstructie. Het gaat niet om samenhangende behandelingen en deze moeten dan ook apart worden beoordeeld. De twee verrichtingen kunnen zowel los van elkaar als gecombineerd worden uitgevoerd. Op basis van het voorlopig advies van het Zorginstituut kan niet worden geconcludeerd dat de MFPL-reconstructie niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

- 3.6. Bij brief van 23 juni 2025 heeft verzoekster bezwaar gemaakt tegen het aanvullende standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 14 mei 2025 kan niet anders worden afgeleid dan dat hij bij zijn eindreactie een nieuw verweer voert tegen het verzoek van verzoekster. Uit het definitief advies van het Zorginstituut volgt welke verweren de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie heeft gevoerd. Duidelijk is dat de ziektekostenverzekeraar geen verweer heeft gevoerd ten aanzien van de hoogte van de kosten of de specificatie hiervan. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar niet eerder aangevoerd dat de proforma nota/eindnota niet in behandeling kan worden genomen. In de minnelijke correspondentie tussen partijen heeft de ziektekostenverzekeraar nimmer het standpunt ingenomen dat de proforma nota onvoldoende is gespecificeerd. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar tijdens de hoorzitting expliciet de vraag gesteld of hij per post wilde ingaan op de door verzoekster gevorderde kosten, waaronder die van de medicatie en de MFPL-reconstructie. Daarop heeft de ziektekostenverzekeraar duidelijk en expliciet kenbaar gemaakt dat alle kostenposten onder de Autocart® vallen en om die reden niet voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar heeft op verschillende momenten de mogelijkheid gehad om zijn verweer aan te passen. In het kader van een goede procesorde had de ziektekostenverzekeraar dit toen moeten doen. Volgens verzoekster verzet de redelijkheid en billijkheid zich tegen de huidige proceshouding van de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft in dit verband verwezen naar artikel 128, derde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering. Dit artikel dient ook te worden toegepast in een procedure bij de commissie, nu dit wetsartikel ziet op de wijze waarop procespartijen zich in een procedure dienen te gedragen. Duidelijk is dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft voldaan aan de strekking van dit artikel. Hij heeft immers het verweer aangaande de proforma nota niet eerder gevoerd dan op 14 mei 2025, ondanks dat hij daartoe wel voldoende gelegenheid en mogelijkheden heeft gehad. Daarmee is de ziektekostenverzekeraar te laat, althans heeft hij zijn rechten ter zake verspeeld om hier alsnog een beroep op te doen. Verzoekster vraagt de commissie dan ook om volledig voorbij te gaan aan dit nieuwe verweer van de ziektekostenverzekeraar.

De ziektekostenverzekeraar heeft overigens ten onrechte gesteld dat de proforma nota onvoldoende zou zijn gespecificeerd. Op de proforma nota is onder andere te zien dat de MFPL-reconstructie afzonderlijk is benoemd en dat daaraan een bedrag van € 4.597,36 is verbonden. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat de MFPL-plastiek een chirurgische ingreep is, waarbij een operatie wordt uitgevoerd. Dat er additionele kosten bijkomen voor de operatie, zoals gebruik van de operatiekamer, narcose en medewerkers, is dus logisch. Ook de kosten van de medisch specialist en anesthesist staan apart beschreven op de proforma nota. Verzoekster begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar opmerkt dat de minced-cartilage behandeling met PRP (Autocart®) niet expliciet als afzonderlijke behandeling op de factuur is vermeld. Wanneer echter goed wordt gekeken naar de proforma nota, dan is daarop te zien dat er wel degelijk kosten zijn opgenomen voor het gebruik van implantaten. Uit geen enkel medisch document blijkt echter dat er bij verzoekster implantaten zijn geplaatst in de gangbare zin van het woord, zoals schroeven of prothesen. Er dient derhalve van te worden uitgegaan dat met het woord implantaten op de

factuur in dit geval de implantatie van het kraakbeen en de PRP wordt bedoeld. Deze kosten zijn namelijk nergens anders afzonderlijk gespecificeerd en houden geen verband met de MPFL-reconstructie. De kosten die hieraan verbonden zijn bedragen € 852,--. Op de overgelegde eindafrekening wordt deze post niet nog verder uitgesplitst. Verzoekster heeft hierover contact opgenomen met het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft verklaard dat de specificaties op de proforma nota staan en dat op de eindafrekening enkel het totaalbedrag wordt vermeld. De specificaties zijn immers al eerder benoemd en de eindafrekening wordt als formaliteit nagezonden. Het totaalbedrag van de eindafrekening komt volledig overeen met dat op de proforma nota van juni 2024. Volgens het ziekenhuis vindt geen verdere uitsplitsing meer plaats, aangezien de financiële afhandeling al is afgerond. Het is voor verzoekster thans niet meer mogelijk om een aanvullende nota te verkrijgen.

Het Zorginstituut is duidelijk in zijn advies en concludeert dat aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van een MPFL-plastiek. Op grond van het advies van het Zorginstituut komen alleen de implantaatkosten niet voor vergoeding in aanmerking. Alle overige kosten zijn (in)direct verbonden met de operatie waarin mede de MPFL-plastiek is uitgevoerd. Deze kosten waren ook ontstaan indien verzoekster uitsluitend een MPFL-plastiek had laten uitvoeren.

Volgens verzoekster bestaat daarom aanspraak op vergoeding van een bedrag van € 7.889,05. Zij verzoekt de commissie te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is dit bedrag, dan wel minimaal € 4,697,36 voor de MPFL-plastiek, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

- 3.7. In haar brief van 28 juli 2025 heeft verzoekster verklaard niet akkoord te gaan met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar. De voorgestelde vergoeding is gebaseerd op een specifieke DBC-zorgproductcode die enkel betrekking heeft op de operatie. Verzoekster mist daarin de opname zelf. Zij heeft drie dagen en twee nachten in het ziekenhuis doorgebracht. Dit blijkt ook uit het medisch dossier. Deze kosten zouden normaal gesproken ook onder de dekking vallen. De voorgestelde DBC-zorgproductcode is niet passend, aangezien de behandeling niet alleen uit de operatie bestond. Verzoekster vermoedt dat de nota daarom ook hoger is dan het vastgestelde bedrag in Nederland. In de lijst met DBC-zorgproductcodes staan bovendien meerdere codes die betrekking hebben op opnames. Het zou redelijker zijn als dat ook wordt meegenomen in de berekening.
- Daarnaast heeft verzoekster opgemerkt dat de orthese, die deel uitmaakt van de behandeling, nergens expliciet wordt genoemd of vergoed. Het voorstel van de ziektekostenverzekeraar betreft alleen de MPFL-plastiek. Volgens het Zorginstituut maakt de orthese echter wel deel uit van de behandeling en daarom zou deze ook voor vergoeding in aanmerking moeten komen.
- Volgens verzoekster bestaat aanspraak op een bedrag van € 7.589,37, bestaande uit de kosten van de arts, anesthesie, MPFL-plastiek en aanvullende operatiekosten, en een orthese. Zij verzoekt de commissie te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is dit bedrag te vergoeden, dan wel minimaal € 5.546,58 voor de MPFL-plastiek en de orthese, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.8. In haar brief van 1 september 2025 heeft verzoekster de commissie gevraagd ook voorbij te gaan aan het nieuwe verweer van de ziektekostenverzekeraar, zoals beschreven in zijn brief van 8 augustus 2025, aangaande de DBC-zorgproductcodes.
- Verzoekster kan weinig zeggen over de reactie van de ziektekostenverzekeraar, nu deze grotendeels in zijn eigen zorgverzekeringstaal is opgesteld. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar codes en declaraties, waar de gemiddelde burger onmogelijk in kan doordringen. Verzoekster vindt het daarom des te kinderachtiger dat de ziektekostenverzekeraar dit middel inzet. Het is voor haar lastig – zo niet onmogelijk – om een en ander te toetsen, laat staan hierop een inhoudelijke reactie te geven. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat de orthese afzonderlijk dient te worden vergoed. Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar genoemde DBC-zorgproductcodes valt het verzoekster op dat er behandelingscodes worden toegevoegd die betrekking hebben op de zorgverlening rond de orthese, brace of prothese. Dit gaat uitsluitend over het aanmeten en bijbehorende handelingen, en niet over het hulpmiddel zelf. Het product staat daar los van.

Als verzoekster de beschikbare informatie op het internet raadpleegt, ziet zij bovendien dat er voornamelijk wordt gewerkt met een ander type codes/productcodes wanneer het gaat om het hulpmiddel zelf, zoals een brace of orthese. De overige codes hebben betrekking op de handelingen van artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners, zoals het uitvoeren van onderzoeken of het aanmeten. Dat zijn dus declaraties voor handelingen, terwijl de orthese een apart product is met een eigen productcode.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie verklaard dat verzoekster niet in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van de in Pforzheim uitgevoerde knieoperatie. Aanvankelijk heeft hij daartoe, in zijn brief aan verzoekster van 23 juli 2024, laten weten dat er naar zijn mening geen sprake is van een medische indicatie, en de aanvraag van 26 juni 2024 is daarom afgewezen. In zijn brief van 8 oktober 2024, gericht aan verzoekster, heeft de ziektekostenverzekeraar haar meegedeeld dat uit de door haar aangeleverde aanvullende informatie duidelijk is geworden dat zij redelijkerwijs is aangewezen op verdere behandeling van het osteochondrale defect van haar knieschijf in combinatie met een MPFL-plastiek. De door de zorgaanbieder daarvoor toe te passen techniek – de minced cartilage techniek met PRP behandeling - voldoet echter niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Daarom wordt deze niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- Bij brief van 10 januari 2025, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoekster ervoor heeft gekozen naar een andere EU-lidstaat - namelijk Duitsland - te gaan om daar zorg te ontvangen. In die situatie is sprake van planbare zorg. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van deze zorg op basis van het sociale zekerheidsstelsel van de andere EU-lidstaat als de zorg (i) onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat de verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen aan de zorgverzekeraar. Doet een verzekerde dit laatste niet, dan blijft de verordening in beginsel buiten toepassing. Dit volgt uit jurisprudentie van het Hof van Justitie (arrest Stamatalaki, zaak C-444/05). In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof overigens beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd. Het staat vast dat verzoekster voor de knieoperatie in Duitsland geen toestemming heeft gekregen van de ziektekostenverzekeraar. Zij is hierover voorafgaand aan de operatie bij brieven van 23 juli 2024 en 8 oktober 2024 geïnformeerd. Het voorgaande betekent dat de verordening buiten toepassing blijft.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts gesteld dat verzoekster evenmin in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van de knieoperatie op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van artikel 2.7.1, onderdeel c, van de voorwaarden van de zorgverzekering moet de zorg voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Met de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ is bedoeld dat die zorg verzekerd is die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft op basis van de stukken in het dossier geconcludeerd dat de toegepaste techniek bij de kniebehandeling de minced-cartilage techniek door middel van AutoCart® betreft, met autoloog spongiosa bot van het distale femur. Bij AutoCart® blijkt gebruik te worden gemaakt van het Platelet Rich Plasma (PRP) van de behandelde patiënt, dat gedurende de operatie uit een bloedafname van betrokkene wordt geëxtraheerd. In het OK-verslag wordt dit volgens de medisch adviseur bevestigd: er is PRP gebruikt (als onderdeel van de minced-cartilage techniek door middel van AutoCart®). De knieoperatie door middel van de minced-cartilage techniek met PRP (AutoCart®) is geen

verzekerde zorg omdat deze behandeling niet voldoet aan het criterium van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar verschillende bronnen.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het gaat om een samenhangende behandeling. De MFPL-reconstructie kan daarom niet als een aparte verrichting worden vergoed. Dit blijkt ook uit het voorlopig advies van het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft hierin opgemerkt dat de gehele procedure ook wel AutoCart® wordt genoemd. De behandelend arts heeft weliswaar twee aparte verrichtingen opgenomen op de nota, maar de ziektekostenverzekeraar moet de gehele behandeling beoordelen. Er is onderzocht of de beide onderdelen ervan apart kunnen worden gezien. De ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat dit niet mogelijk is.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoekster heeft gevraagd om vergoeding van de totale kosten van de behandeling. Hiervoor geldt dat de kosten van de apotheek en die van de orthese betrekking hebben op een behandeling die niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en daarom (ook) niet voor vergoeding in aanmerking komen.

- 4.4. Bij brief van 14 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij bereid is het definitief advies van het Zorginstituut te volgen. Ten aanzien van de MFPL-plastiek heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat een originele gespecificeerde nota van de behandeling noodzakelijk is om tot vergoeding van de kosten van de MFPL plastiek over te gaan. De kosten van de minced-cartilage met PRP (AutoCart®) en de MFPL-plastiek moeten daarop duidelijk zijn uitgesplitst. Voor de minced-cartilage met PRP (AutoCart®) is immers geen vergoeding mogelijk. Voor de vergoeding van zorgkosten accepteert de ziektekostenverzekeraar overigens geen proforma nota’s. Dit zijn kostenopgaves dan wel offertes van een zorgverlener met een schatting van de kosten voordat de betreffende behandeling heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar artikel 2.10, onderdeel g, van de voorwaarden van de zorgverzekering.

De kosten van Ibuprofen (800 mg) en Clexane® zijn reeds vergoed. Het gaat om bedragen van € 14,36 en € 109,25 voor Ibuprofen 800 mg respectievelijk Clexane®. De totale vergoeding hiervoor bedraagt € 123,61 waarover verzoekster op 7 november 2024 is geïnformeerd door middel van het declaratieoverzicht van 7 november 2024.

Het medicijn pantoprazol betreft een maagzuurremmer. De kosten hiervan komen niet voor vergoeding in aanmerking, omdat uit het dossier niet blijkt dat verzoekster voldoet aan de voorwaarde van chronisch gebruik zoals vermeld in artikel 4.4.4 van het Reglement Farmaceutische zorg 2024.

- 4.5. In zijn brief van 10 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij, in afwijking van artikel 2.10, onderdeel g, van de voorwaarden van de zorgverzekering, bij wijze van eenmalige coulance heeft besloten de overgelegde proforma nota in behandeling te nemen. Deze beslissing betreft een individuele uitzondering en kan niet worden aangemerkt als precedent of als grond voor rechten van derden.

Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een bedrag van € 3.550,14 voor de MFPL-plastiek. Bij de vaststelling van deze vergoeding heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende overwogen. Medisch specialistische zorg wordt in Nederland gedeclareerd aan de hand van een diagnose-behandelcombinatie (DBC). De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de DBC-zorgproductcode 15C725 (zorgproduct 131999147), met als omschrijving “Operatie aan knie en/of onderbeen bij een ziekte van het bot-en/of spierstelsel”, het meest passend is. Deze DBC is afgeleid van de volgende gegevens:

- Diagnosecode: 0305.1860 Recidiverende patellaluxatie

- 038662: Operatieve behandeling van habituele patellaluxatie
- 038650: Afscheuring ligamentum patellae

Verzoekster is verzekerd op basis van een naturapolis. De vergoeding is vastgesteld op 80% van het gemiddelde tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar deze zorg heeft ingekocht bij Zelfstandig Behandelcentra. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij verwezen naar artikel 2.7.4 en artikel 3.11 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De tarieven voor niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg zijn te raadplegen via de website van de ziektekostenverzekeraar. De Arcus Sportkliniek te Pforzheim wordt in dit kader gelijkgesteld aan een Zelfstandig Behandelcentrum, aangeduid als “Buiten het ziekenhuis” op de tarievenlijst. Voor DBC 15C725 geldt in dat geval een maximale vergoeding van € 3.550,14.

4.6. In zijn brief van 8 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij het definitieve advies van het Zorginstituut heeft opgevolgd en verzoekster in dat kader bij brieven van 14 mei 2025 en 10 juli 2025 heeft geïnformeerd over de vaststelling van de vergoeding. De door hem vastgestelde maximale vergoeding is gebaseerd op de DBC-systematiek, waarbij het gehele zorgtraject - van diagnose tot en met behandeling - wordt meegenomen. De door de ziektekostenverzekeraar gekozen DBC-zorgproductcode 15C725 is het meest passend. Deze DBC-zorgproductcode is afgeleid van de volgende gegevens:

- Diagnosecode 0305.1860: Recidiverende patellaluxatie
- Zorgactiviteit 038662: Operatieve behandeling van habituele patellaluxatie
- Zorgactiviteit 038650: Afscheuring ligamentum patellae

De toevoeging van de volgende twee zorgactiviteiten leidt nog steeds tot DBC-zorgproductcode 131999147 (15C725):

- 038877: Aanmeten van prothesen, orthesen en dergelijke
- 190218: Verpleegdag (3 verpleegdagen).

Uitgaande van de door verzoekster afgesloten zorgverzekering bedraagt de maximale vergoeding voor dit zorgproduct € 3.550,14. Dit is 80% van het gemiddelde tarief waarvoor ziektekostenverzekeraar deze zorg heeft ingekocht bij Zelfstandig Behandelcentra. Er bestaat binnen de DBC-systematiek geen grondslag voor een afzonderlijke vergoeding van de kosten van de arts, anesthesie, aanvullende operatiekosten en een orthese.

## 5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 5 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### **"Beoordeling**

*De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

*De reguliere behandelmethoden van osteochondrale defecten in de knie, zoals een defect aan de patella, zijn de behandeling door middel van beenmergstimulatietechnieken zoals microfractuur behandeling (MF), weefselvervangende operaties zoals osteochondrale autologe transplantatie (OAT) of kraakbeen celtherapie zoals autologe chondrocytenimplantatie (ACI).*

*De behandeling die bij verzoekster is uitgevoerd is de minced-cartilage techniek (gefragmenteerd/ gestampt kraakbeen) met ‘platelet rich plasma’ (PRP) ook wel AutoCart® genoemd. Deze techniek valt in een nieuwe groep behandelingen met stamceltherapie. In de operatie (‘single-stage procedure’) wordt autoloog spongiosa bot uit een stukje gezonde distale femur genomen en gefragmenteerd.*

*Door de fragmentering zou na terugplaatsing in de laesie de celdeling (mitogene activiteit) en daarmee ook kraakbeenherstel worden bevorderd. Tevens wordt een buisje eigen bloed afgenomen en verrijkt tot PRP. Dit materiaal zou een positief effect hebben op de chondrocyten*



proliferatie en differentiatie. De PRP wordt vervolgens samen met het gefragmenteerde kraakbeen en fibrinelijm teruggeplaatst in het defect, zoals bij verzoekster in de patella.

#### Stand van wetenschap en praktijk

Het in de Zvw gestelde criterium ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ betreft één geïntegreerde wettelijke maatstaf, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, verenigd zijn. Bij de beoordeling of zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ wordt, zoals aangegeven in het rapport *Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk*, uitgegaan van de principes van evidencebased medicine (EBM). Hierbij wordt op gestructureerde wijze een literatuuronderzoek gedaan naar wetenschappelijke studies naar de te beoordelen behandeling.

Een positieve ervaring van één of enkele patiënten en behandelaars met een bepaalde behandeling is niet voldoende om te kunnen vertrouwen op de effectiviteit van een behandeling. De relatieve effectiviteit (effect van de nieuwe behandeling vergeleken met de standaardbehandeling) moet namelijk ook zijn aangetoond in goed opgezette wetenschappelijke studies. Voor wat betreft toepassing in de praktijk blijkt dit veelal uit (onderbouwde) richtlijnen, consensusdocumenten of zorgstandaarden.

In eerste instantie is het aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Uit het dossier is op te maken dat verweerder dit heeft beoordeeld.

#### Richtlijnen

Allereerst is gezocht naar richtlijnen voor chirurgische behandeling van een osteochondraal defect van de knie in de databases Embase, Medline Ovid, Guidelines International Network (GIN), Dynamed EBSCO, Guideline Central en European Medicines Agency Scientific Guidelines (EMA). Dit leverde zes referenties op. Twee referenties zijn verouderd (Behrens, 2004 en van der Linden, 2013). In deze referenties wordt de minced-cartilage techniek (met PRP) nog niet besproken. Twee referenties betreffen osteochondrose van de enkel (Jackson, 2024) of van de heup (Fickert, 2017). Een referentie behandelt een andere diagnose, namelijk osteochondritis dissecans (Mortimer, 2024). Er werd één mogelijk bruikbare richtlijn gevonden. In deze richtlijn wordt echter geen informatie aangetroffen met betrekking tot de chirurgische behandeling van een osteochondraal defect van de knie.

Daarom is ook op internet gezocht met de trefwoorden: ‘guideline treatment osteochondral defect knee’. Hiermee werden onderstaande richtlijnen gevonden.

#### Nederlandse richtlijn

In het standpunt van de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) ‘Chirurgische behandeling van (osteo)chondrale defecten’ uit 2019 wordt aangegeven dat de minced-cartilage techniek (PRP werd niet genoemd) nog experimenteel is.

#### Buitenlandse richtlijnen

Op de website van de British Orthopaedic Association is geen richtlijn over chirurgische behandeling van een osteochondraal defect van de knie gevonden.

Na verwijzing vanuit deze website naar de NICE richtlijnen is de richtlijn ‘Autologous chondrocyte implantation for treating symptomatic articular cartilage defects of the knee’ uit 2017 gevonden. Hierin wordt de aanvaarde autologe chondrocyten implantatie (ACI) besproken, maar er wordt niets aangegeven over minced-cartilage met of zonder PRP.

Daarnaast is de NICE richtlijn ‘Focal resurfacing implants to treat articular cartilage damage of the knee’ (2022) gevonden. Ook hierin wordt geen informatie over minced-cartilage techniek met of zonder PRP aangetroffen.

*Op een Amerikaanse website is een richtlijn ‘Surgical management of knee osteoarthritis’ gevonden. Hierin staat geen informatie over chirurgische behandeling van een osteochondraal defect van de knie. Op de website van de American Academy of Orthopedic Surgeons is de richtlijn ‘Surgical management of osteoarthritis of the knee’ (2022) gevonden. Ook hierin staat geen informatie over chirurgische behandeling van een osteochondraal defect van de knie.*

*Op de website van de European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy, waaraan verweerder refereert, is geen richtlijn gevonden over het onderwerp chirurgische behandeling van een osteochondraal defect van de knie.*

*Op de website van de Amerikaanse zorgverzekeraar Aetna, waaraan verweerder ook refereert, is informatie te vinden over ‘Osteochondral Autografts (Mosaicplasty, OATS)’. Als experimentele behandeling wordt aangegeven: ‘Minced articular cartilage (whether synthetic, allograft or autograft) to repair osteochondral defects of the ankle or knee’.*

#### Literatuur

*Op 12 februari 2025 is naar klinische studies gezocht met betrekking tot de chirurgische behandeling van een osteochondraal defect van de knie met ‘minced-cartilage’. Hiervoor werden Embase, Medline en Cochrane Central onderzocht.*

*Na ontdebelling werden 66 studies geselecteerd. Hiervan werden alsnog 53 studies geëxcludeerd om diverse redenen: geen one-stage maar bifasische implant, andere methode of materialen, alleen uitleg minced-cartilage techniek, case studies, allograft, behandeling van de schouder/heup/enkel, in vitro studies, nabehandeling.*

*Vijf van de dertien overgebleven studies betreffen een overzicht van mogelijke behandelingen (McNickle 2008, Da Cunha 2012, Shah 2020, Salzmann 2021, Christensen 2022). Bij deze studies is meestal aangegeven dat de minced-cartilage techniek (met of zonder PRP) veelbelovend is, maar dat er grotere vergelijkende studies nodig zijn om de effectiviteit van minced-cartilage te bepalen.*

*Uiteindelijk bleven zeven klinische studies over met betrekking tot ‘minced-cartilage repair knee’: Massen 2019, Wodzig 2022, Runer 2023, Schneider 2024, Behrendt 2024, Blanke 2024, Barbaret 2024, en werd een meta-analyse gevonden (Frodl, 2022) die nog een achtste studie opleverde (Cole, 2011).*

*De gevonden meta-analyse van Frodl bevat drie studies over de behandeling van geringe kraakbeendefecten van de knie (2.7-3.1 cm<sup>2</sup>) met minced-cartilage met of zonder PRP. De follow up duur was twee jaar. Alleen de studie van Cole (2011) betreft minced-cartilage mét PRP. De risk of bias was laag (Robins-I tool), zie hieronder de verdere bespreking van de studie van Cole. Uit de meta-analyse van in totaal 61 patiënten wordt geconcludeerd dat er statistisch significante verbeteringen optraden met betrekking tot de subjectieve uitkomsten KOOS (knee injury and osteoarthritis outcome score) en de IKDC (International Knee Documentation Committee symptom score). Het advies dat wordt gegeven luidt: ‘Further research should comprise larger cohorts and the evaluation of longterm results to effectively compare results over more than five years.’*

*Van de acht gevonden klinische studies wordt in vier studies de minced-cartilage reparatietechniek gebruikt zonder PRP (Massen 2019, Wodzig 2022, Runer 2023, Behrendt 2024).*

*Aangezien de behandeling van minced-cartilage met PRP in geschil is, blijven uiteindelijk vier geschikte studies over, Cole (2011, zie ook boven in meta-analyse), Schneider (2024), Blanken (2024) en Babareth (2025).*

*De studie van Cole uit 2011 is de enige randomized controlled trial (RCT), de andere drie studies zijn observationele en niet-vergelijkende studies. De studie van Cole vergelijkt de minced-cartilage behandeling met PRP bij twintig patiënten met de standaardbehandeling microfracture (MF) techniek bij negen patiënten. In de RCT zijn de vershilscores gemeten met de KOOS en IKDC na 24 maanden statistisch significant beter in de interventiegroep dan in de controlegroep (MF groep), bijwerkingen (osteofytvorming) minder. De behandeling wordt als veilig en effectief beschouwd.*

*De patiënten aantallen in de drie observationele studies varieerden van 62 tot 71 patiënten. De studieduur varieerde van minimaal twaalf tot 24 maanden. De behandeling laat statistisch significante verbetering zien in diverse patiënt gerelateerde uitkomsten, zoals pijn en kniefunctie (VAS, SF-36 of Tegner, KOOS en IKDC). Ook objectieve uitkomsten waren positief. De MOCART (MRI) score was vergelijkbaar met de literatuur. Ernstige complicaties die een heroperatie vergden, traden op in 0%, 3% en 8% van de patiënten in de drie studies.*

#### **Beoordeling**

*Alleen de kleine RCT is een vergelijkende studie. In de (slechts) drie observationele studies zijn een aantal patiënten behandeld, maar observationele studies hebben op voorhand een zeer lage bewijsgraad ten aanzien van de effectiviteit (en veiligheid) van de behandeling. Door het ontbreken van een controlebehandeling is het risico op vertekening van de resultaten groot. Het Zorginstituut concludeert dan ook dat grotere vergelijkende studies nodig zijn om een definitieve uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit en veiligheid van ‘minced-cartilage’ met PRP op lange termijn.*

*Weliswaar is de chirurgische behandeling van een relatief klein osteochondraal defect van de knie met ‘minced-cartilage’ met PRP veelbelovend. In de meeste gevonden richtlijnen ontbreekt de behandeling echter of wordt deze als experimenteel beschouwd. Hieruit blijkt dat ‘minced-cartilage’ met PRP door de beroepsgroep nog niet als effectief wordt beschouwd. Ook zijn er goede standaard behandelingen beschikbaar zoals microfractuur behandeling (MF), weefselvervangende operaties zoals osteochondrale autologe transplantatie (OAT) of kraakbeen celtherapie zoals autologe chondrocytenimplantatie (ACI).*

*Op dit moment is in de literatuur onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor de (relatieve) effectiviteit en veiligheid van de behandeling. Het Zorginstituut concludeert dan ook dat minced-cartilage met PRP niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.*

#### **Conclusie**

*Het Zorginstituut concludeert dat minced-cartilage met PRP op dit moment niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van ‘minced-cartilage’ met PRP ten laste van de basisverzekering.*

#### **Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Minced-cartilage met PRP maakt geen onderdeel uit van het basispakket."*

- 5.2. In het definitief advies van 29 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

#### **“Beoordeling**

*De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

#### **MFPL plastic**

*Door verweerder wordt in de brief van 8 oktober 2024 aangegeven dat de MFPL plastic onlosmakelijk verbonden is met de kraakbeenbehandeling, en dus niet voor vergoeding in aanmerking komt. Het Zorginstituut merkt op dat een MFPL plastic los van een behandeling in verband met knie artrose kan worden uitgevoerd na een eerdere patellaluxatie, zoals bij verzoekster het geval is. Nu verweerder in de brief van 8 oktober 2024 heeft aangegeven dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een MFPL plastic, hoeft dit niet beoordeeld te worden. Daarnaast is ook niet in geschil of deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan daarom aanspraak maken op vergoeding van een MFPL plastic.*

#### **Geneesmiddelen**

*Verzoekster heeft op 18 oktober 2024 een aantal geneesmiddelen bij de apotheek in Duitsland op recept gekocht. Ook heeft verzoekster op 18 oktober 2024 een orthese aangeschaft.*

*Nu verzoekster de geneesmiddelen op recept van een arts bij de apotheek heeft aangeschaft, geldt dat beoordeeld moet worden of de extramurale geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering.*

*Het eerste geneesmiddel betreft 'Tilidin 50/4'. De aanduiding 50/4 suggereert dat het om een combinatie van geneesmiddelen gaat. Mogelijk is dat tilidin 50mg met naloxon 4mg, maar dit wordt niet duidelijk op basis van de kassabon. Tilidin is niet opgenomen in het GVS en komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking.*

*Het tweede geneesmiddel is 'Ibu 800'. Ibuprofen 800 mg is opgenomen in het GVS en komt hiermee voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.*

*Het derde geneesmiddel is Clexane®. De werkzame stof enoxaparine is opgenomen in het GVS, waardoor dit geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.*

*Het laatste geneesmiddel is pantoprazol, een maagzuurremmer. Pantoprazol is opgenomen in het GVS. Maagzuurremmers staan op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (Rzv) en komen onder voorwaarden voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Maagzuurremmers worden uitsluitend vergoed voor een verzekerde die blijkens het voorschrift langer dan zes maanden aaneengesloten op het geneesmiddel is aangewezen en voor wie het geneesmiddel is voorgeschreven ter behandeling van een chronische aandoening, tenzij het betreft een voor de verzekerde nieuwe medicatie. Het is op basis van de beschikbare informatie in het dossier onduidelijk of verzoekster aan deze vergoedingsvoorwaarden voldoet.*

#### **Orthese**

*Tot slot zijn de kosten van een orthese opgenomen in het dossier. Uit de toelichting op de Rzv volgt dat orthesen, die tijdelijk worden ingezet in het kader van een medisch-specialistische behandeling, niet onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg vallen. De kosten van de orthese van verzoekster vallen hiermee onder de aanspraak medisch-specialistische zorg. Dit betekent dat de orthese vergoed dient te worden vanuit de betreffende DBC (diagnosebehandelcombinatie) voor de MFPL plastic.*

#### **Conclusie**

*De conclusie uit het voorlopig advies d.d. 5 maart 2025 dat minced-cartilage met PRP (AutoCart®) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en niet voor vergoeding in*

*aanmerking komt vanuit de basisverzekering, blijft ongewijzigd en kan als definitief worden beschouwd.*

*Daarnaast kan geconcludeerd worden dat een MFPL plastiek los van een behandeling in verband met knie artrose kan worden uitgevoerd. Aangezien verder niet in geschil is of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze behandeling en of sprake is van verzekerde zorg, kan verzoekster aanspraak maken op vergoeding van een MFPL plastiek. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan verzoekster ook aanspraak maken op de vergoeding van Ibuprofen (800 mg) en Clexane®. Verzoekster kan geen aanspraak maken op de vergoeding van Tilidin. Of verzoekster voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van pantoprazol ten laste van de basisverzekering is op basis van de beschikbare informatie in het dossier onduidelijk. Tot slot vallen de kosten van de orthese onder de aanspraak medisch-specialistische zorg, waardoor deze kosten niet apart kunnen worden vergoed op grond van de aanspraak hulpmiddelenzorg.*

### **Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:*

- *Minced-cartilage met PRP (AutoCart®) maakt geen onderdeel uit van het basispakket;*
- *Verzoekster kan aanspraak maken op vergoeding van een MFPL plastiek ten laste van de basisverzekering;*
- *Verzoekster kan aanspraak maken op Ibuprofen (800 mg) en Clexane® ten laste van de basisverzekering;*
- *Verzoekster kan geen aanspraak maken op de vergoeding van Tilidin;*
- *Of verzoekster voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van pantoprazol ten laste van de basisverzekering is op basis van de beschikbare informatie in het dossier onduidelijk;*
- *De kosten van de orthese vallen onder de aanspraak medisch specialistische zorg.”*

## **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 2.12 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, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, 'de stand van de wetenschap en praktijk' en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, de artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) nr. 987/2009, en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar Duitsland gegaan om daar zorg af te nemen. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, zal de commissie eerst hieraan toetsen. In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn zorgverzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de

verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).

- 7.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig toestemming gevraagd, waarna door deze afwijzend is beslist. De commissie overweegt met betrekking tot die beslissing als volgt. De door verzoekster in Pforzheim ondergane behandeling betreft medisch specialistische zorg. Voor medisch specialistische zorg biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit artikel 3.11 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. De ziektekostenverzekeraar heeft afwijzend op de aanvraag beslist, omdat een knieoperatie door middel van minced-cartilage met PRP (AutoCart®) volgens hem niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ als bedoeld in artikel 2.7.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering, zodat geen sprake is van verzekerde zorg. Aanvankelijk heeft hij ten aanzien van de MFPL-plastiek gesteld dat hiervoor het zelfde heeft te gelden, nu dit een onderdeel vormt van de niet verzekerde behandeling. Genoemd criterium is opgenomen in artikel 2.2, tweede lid, Bzv, en aangezien het niet de bedoeling van de verordening is het verzekerde pakket uit te breiden, geldt dit criterium onverkort in het kader van de toepassing van de verordening.
- 7.4. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie in geschillen die betrekking hebben op (de vergoeding van) de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport ‘Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023’ van 11 april 2023 is zo’n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Dit betekent dat niet alleen op basis van de praktijk kan worden bepaald of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs (‘evidence’).
- 7.5. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat het op systematische wijze gezochte en geselecteerde bewijs op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen. Voor het beoordelen of een interventie (diagnostiek of behandeling) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk wordt uitgegaan van relatieve effectiviteit. Dit betreft het geheel aan effecten op gunstige en ongunstige uitkomsten van de interventie bij de doelgroep in vergelijking met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:
- (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van patient, intervention, comparator, outcomes, time, setting, ook wel PICO(ts)-vragen;
  - (2) systematische literatuursearch;
  - (3) samenvatten van het bewijs;
  - (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs; en

(5) van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.

Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.

- 7.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de bij verzoekster uitgevoerde minced-cartilage met PRP (autoCart®) en daartoe onderzoek gedaan naar internationale richtlijnen en literatuur. Het advies van 5 maart 2025 bevat hiervan de uitkomst. Het Zorginstituut constateert dat chirurgische behandeling van een relatief klein osteochondraal defect van de knie met ‘minced-cartilage’ met PRP weliswaar veelbelovend is, maar in de meeste gevonden richtlijnen ontbreekt de behandeling of wordt deze als experimenteel beschouwd. Het Zorginstituut concludeert dat grotere vergelijkende studies nodig zijn om een definitieve uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit en veiligheid van ‘minced cartilage’ met PRP op lange termijn. Op dit moment is in de literatuur onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor de (relatieve) effectiviteit en veiligheid van de behandeling. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat minced-cartilage met PRP (AutoCart®) op dit moment niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en daarom geen deel uitmaakt van het basispakket.
- 7.7. In het definitief advies van 29 april 2025 heeft het Zorginstituut voorgaand standpunt gehandhaafd, maar daarnaast opgemerkt dat een MFPL-plastiek – anders dan de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie heeft gesteld - los van een behandeling in verband met knie artrose kan worden uitgevoerd. Aangezien verder niet in geschil is dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een MFPL-plastiek, kan zij aanspraak maken op vergoeding hiervan. Tevens kan zij aanspraak maken op vergoeding van Ibuprofen (800 mg) en Clexane®. Vergoeding van Tilidin werd daarentegen terecht geweigerd. Of verzoekster voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van pantoprazol ten laste van de zorgverzekering is op basis van de beschikbare informatie in het dossier onduidelijk. De kosten van de orthese vallen onder de aanspraak medisch-specialistische zorg, en kunnen daarom niet apart worden vergoed op grond van de aanspraak hulpmiddelenzorg. Dit alles volgens het Zorginstituut.
- 7.8. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen aanleiding af te wijken van de conclusie van het Zorginstituut dat minced-cartilage PRP (AutoCart®) op dit moment niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en daarom niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Ook op vergoeding van het geneesmiddel Tilidin bestaat geen aanspraak. De commissie volgt het Zorginstituut waar het de MFPL-plastiek betreft. Verzoekster komt dus voor vergoeding hiervan ten laste van de zorgverzekering in aanmerking, waarbij de kosten van de orthese binnen de Nederlandse systematiek worden geacht in de betreffende DBC te zijn begrepen. Ten aanzien van de geneesmiddelen Ibuprofen (800 mg) en Clexane® heeft het Zorginstituut geadviseerd dat verzoekster op vergoeding hiervan aanspraak heeft. Zoals echter onweersproken door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, is voor deze geneesmiddelen reeds vergoeding verleend. Voorts heeft verzoekster niet bestreden dat zij niet voldoet aan de indicatievoorwaarden voor pantoprazol, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt.
- 7.9. Het voorgaande betekent dat – nu de ziektekostenverzekeraar geen beroep heeft gedaan op de in artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 opgenomen afwijsggrond, te weten dat tijdige behandeling in Nederland mogelijk is – de gevraagde toestemming niet had mogen worden geweigerd. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar, gelet op de artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) nr. 987/2009, een tarifieringsverzoek moet doen bij het Duitse uitvoeringsorgaan. Dit verzoek heeft betrekking op de MFPL-plastiek, de orthese, Ibuprofen (800 mg), en Clexane®. Voor zover dit leidt tot een vergoeding voor de twee laatstgenoemde geneesmiddelen dient dan nog een verrekening plaats te vinden met hetgeen ter zake al is vergoed, dus tot maximaal € 123,61.

Zoals hiervoor is overwogen, bestaat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op minced-cartilage PRP (AutoCart®), Tilidin en pantoprazol zodat de geweigerde toestemming op basis van de verordening hierop geen betrekking kan hebben en deze onderdelen buiten het tarifieringsverzoek blijven.

- 7.10. Afhankelijk van de uitkomst van het tarifieringsverzoek – en, indien aan de orde, na verrekening van de reeds verleende vergoeding voor Ibuprofen (800 mg) en Clexane® - heeft verzoekster mogelijk aanspraak op een aanvullende vergoeding vanuit de voorwaarden van de zorgverzekering. Het is aan de ziektekostenverzekeraar in dat verband de passende DBC-zorgproductcode vast te stellen voor de MFPL-plastiek. In het bijbehorende tarief voor deze medisch specialistische zorg worden, zoals ook uit het definitief advies van het Zorginstituut van 29 april 2025 kan worden opgemaakt, de kosten van de orthese geacht te zijn begrepen, zodat deze – anders dan verzoekster stelt - niet (nogmaals) behoeven te worden vergoed.
- 7.11. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar zijn stelling ten aanzien van het niet in behandeling kunnen nemen van de proforma nota heeft laten vervallen. Hetgeen verzoekster verder stelt over “het nieuwe verweer” van de ziektekostenverzekeraar wordt door de commissie gepasseerd. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld te reageren op het definitief advies van het Zorginstituut van 29 april 2025 en in dat verband heeft de ziektekostenverzekeraar de meest passende DBC-zorgproductcode voor de MFPL-plastiek vastgesteld en de hoogte van de bijbehorende vergoeding alsnog bepaald, waarmee hij uitvoering heeft gegeven aan de op hem toebedeelde taak. Daarbij valt niet in te zien hoe tot enige vergoeding van kosten van de betreffende behandeling kan worden gekomen als deze vaststelling achterwege zou blijven, aangezien de verzekeringsvoorwaarden de vergoeding voor medisch specialistische zorg nadrukkelijk koppelen aan de DBC-systematiek en niet aan het notabedrag.
- 7.12. Verzoekster heeft de juistheid van de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde DBC-zorgproductcode bestreden. Volgens verzoekster dient ook de opname in het ziekenhuis van drie dagen en twee nachten te worden meegenomen. Dit geldt eveneens voor de orthese, waarbij zij heeft opgemerkt dat haar bij onderzoek op internet is gebleken dat er weliswaar codes zijn voor activiteiten, maar niet voor het hulpmiddel zelf. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat toevoeging van de zorgactiviteiten ‘aanmeten van prothesen, orthesen en dergelijke’ en ‘verpleegdag (3 verpleegdagen)’ niet tot een andere DBC-zorgproductcode leidt. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar in zijn uitleg en merkt voorts op dat – zoals hiervoor overwogen – de kosten van de orthese (“het hulpmiddel zelf”) binnen de Nederlandse systematiek worden geacht te zijn begrepen in de DBC zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de orthese vanuit de hulpmiddelenzorg. Nu verzoekster geen alternatieve DBC-zorgproductcode heeft benoemd, acht de commissie de door de ziektekostenverzekeraar afgeleide DBC-zorgproductcode 15C725 in de situatie van verzoekster het meest passend.
- 7.13. Vervolgens is de vraag welke vergoeding bij DBC-zorgproductcode 15C725 hoort. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op 80% van het gemiddelde tarief waarvoor hij deze zorg heeft ingekocht bij gecontracteerde zorgaanbieders. Voor de MFPL-plastiek komt dit volgens hem neer op een bedrag van € 3.550,14. De commissie stelt vast dat verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten op basis van een naturapolis. Gelet op artikel 13 Zvw is het uitgangspunt bij dit type verzekering dat gebruik wordt gemaakt van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De zorgverzekeraar mag de hoogte van de vergoeding bepalen als de verzekerde de zorg of andere dienst wenst af te nemen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze bevoegdheid vindt zijn begrenzing in het zogenoemde ‘hinderpaalcriterium’. In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar invulling gegeven aan deze bevoegdheid door in artikel 3.11 van de voorwaarden van de zorgverzekering onder ‘Vergoeding’



de wijze waarop hij de hoogte van de vergoeding bepaalt als een verzekerde zich voor medisch specialistische zorg wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder op te nemen. In dat geval worden de kosten van verzekerde zorg vergoed tot maximaal 80% van het gemiddelde tarief dat de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. De door de ziektekostenverzekeraar overeenkomstig vastgestelde vergoedingen zijn te vinden in de lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en Zelfstandige Behandelcentra die onder meer raadpleegbaar zijn via zijn website. De instelling waar verzoekster is behandeld is door de ziektekostenverzekeraar gelijkgesteld met een Zelfstandig Behandelcentrum. Gesteld noch gebleken is dat het in casu zou gaan om een ziekenhuis. Door verzoekster is voorts niet bestreden dat het bedrag van € 3.550,14 overeenkomt met het tarief dat volgens de lijst van de ziektekostenverzekeraar hoort bij DBC-zorgproductcode 15C725. Dit leidt tot de conclusie dat de vergoeding van € 3.550,14 conform de voorwaarden van de zorgverzekering is vastgesteld. Door verzoekster is geen beroep gedaan op eerdergenoemd hinderpaalcriterium, terwijl de toegepaste korting van 20% op het gemiddeld gecontracteerde tarief voor de zorg geen feitelijke hinderpaal lijkt op de leveren voor de gemiddelde zorggebruiker.

- 7.14. Tot slot ziet de commissie in de uitkomst van de procedure reden te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden.

*Slotsom*

- 7.15. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **8. Bindend advies**

- 8.1. De commissie beslist dat:

- 1) de ziektekostenverzekeraar een tarifieringsverzoek moet doen bij het Duitse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering. Dit verzoek heeft betrekking op de MFPL-plastiek, de orthese, Ibuprofen (800 mg), en Clexane®. Indien op basis van tarifiering voor de beide geneesmiddelen een vergoeding wordt vastgesteld, dient deze te worden verrekend met het bedrag dat hiervoor al werd vergoed ten laste van de zorgverzekering, dus tot maximaal € 123,61;
- 2) blijven hierna nog kosten voor rekening van verzoekster, dan dient de ziektekostenverzekeraar op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering een vergoeding te verlenen tot maximaal € 3.550,14 op basis van DBC-zorgproductcode 15C725. Voor Ibuprofen (800 mg) en Clexane® ontving verzoekster al vergoeding;
- 3) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
- 4) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 3 oktober 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

## **Informatie voor partijen**

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

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

## **BIJLAGE – Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

## 2.7 Dekking

### 2.7.1 Omvang van de dekking

- a. Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden de toestemming van De Friesland, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat u van de desbetreffende zorg gebruikmaakt.
- b. Recht op zorg of diensten, of recht op vergoeding van de kosten daarvan, bestaat alleen als u naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. De Friesland kan u echter toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Deze toestemming moet De Friesland u dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.
- c. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en (bij het ontbreken van een zodanige maatstaf) door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- d. U heeft recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
- e. De vraag of u behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- f. U heeft geen recht op zorg of diensten die kunnen worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

### **2.7.6 Acute zorg**

Als er sprake is van acute zorg (zorg die plotseling en onverwacht noodzakelijk is en niet kan worden uitgesteld) en u heeft gebruikgemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum)tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het bedrag dat gebruikelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden (marktconform tarief). Als deze situatie zich in het buitenland voordoet dient u zo spoedig mogelijk en zo mogelijk vooraf contact op te nemen met de De Friesland Alarmcentrale door Eurocross. In artikel [2.7.10](#) kunt u meer informatie over de vergoeding vinden.

### **2.7.7 Betaling aan de zorgaanbieder**

De Friesland mag in alle gevallen de kosten van zorg of overige diensten rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen. U heeft dan geen recht meer op betaling van deze kosten aan uzelf.

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen.

### **2.7.8 Eigen bijdrage**

Als u volgens deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, dan wordt die eigen bijdrage:

- a. door de zorgaanbieder aan u in rekening gebracht als De Friesland de kosten van zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder voldoet of;
- b. in mindering gebracht op de vergoeding als De Friesland de vergoeding aan u betaalt of;
- c. bij u (verzekeringnemer) geïnd zoals aangegeven in artikel [2.7.7](#) van deze voorwaarden.

### **2.7.9 Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder**

Als een overeenkomst tussen De Friesland en een zorgaanbieder wordt beëindigd en u op het moment van beëindiging zorg van deze zorgaanbieder ontvangt, blijft De Friesland de lopende behandeling vergoeden.

### **2.7.10 Buitenland**

Als u in Nederland woont, heeft u ook aanspraak op zorg van een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

#### **Tip**

Wilt u in het buitenland behandeld worden, informeer dan eerst bij ons of de kosten vergoed worden, onder welke voorwaarden en welk bedrag u eventueel zelf dient bij te betalen.

## Wonen of verblijven in een verdragsland

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land dan Nederland of in een verdragsland, dan heeft u naar keuze:

- a. aanspraak op medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening 883/2004 of het desbetreffende verdrag;
- b. aanspraak op zorg in natura door een zorgaanbieder die door De Friesland in het woonland of in het land van tijdelijk verblijf is gecontracteerd of die een samenwerkingsverband heeft met een ziekenhuis in het buitenland waarmee De Friesland een contract heeft. De specialist van het gecontracteerde ziekenhuis blijft uw hoofdbehandelaar, maar laat een diagnostisch deel van de behandeling uitvoeren bij een andere zorginstelling.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of verdragsland woont en tijdelijk woont of verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

### Tip

Uw zorgpas is tevens een European Health Insurance Card (EHIC). Deze is geldig in de EER-landen (Europese Unie, Noorwegen, IJsland en Liechtenstein), Zwitserland en Australië, voor medisch noodzakelijke zorg. Wij adviseren u van deze EHIC gebruik te maken als u in een van deze landen verblijft en zorg nodig heeft. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Buitenlandse behandelaars, zoals artsen en specialisten, weten dan dat hun rekening door De Friesland wordt betaald. Sommige behandelaars accepteren de pas nog niet. U moet dan zelf de rekening voorschieten. Later kunt u de rekening indienen bij De Friesland. Met de kaart heeft u geen recht om naar het buitenland te reizen met als doel een medische behandeling te krijgen. Gaat u naar Australië, dan moet u zich direct bij aankomst met de EHIC melden bij een medicare kantoor. U krijgt dan een medicare card, waarmee u kosteloos geneeskundige hulp in Australië krijgt.

## Wonen of verblijven in een niet-verdragsland

Woont of verblijft u in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling. De vergoeding bedraagt maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

### Vergoeding als zorg niet (tijdig) in Nederland beschikbaar is

U heeft recht op volledige vergoeding van de kosten:

- a. als u toestemming van De Friesland heeft ontvangen om naar een met name genoemde niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland te gaan in het kader van wachtlijstbemiddeling;
- b. als de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door De Friesland.

### Alarmservice

Als u medisch noodzakelijke zorg nodig heeft die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet u dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmcentrale door Eurocross. Deze coördineert de zorg. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De alarmservice is dag en nacht, zeven dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (212 02 12). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 212 02 12.

## **Omrekenkoers**

De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in euro's volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals gepubliceerd door de Europese Centrale Bank. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

### **2.7.11 Dekkingsperiode**

U heeft recht op (vergoeding van) de verzekerde zorg, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van levering, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als het gaat om een nota van een DBC (diagnose behandeling combinatie) waarmee een begin is gemaakt voor de einddatum van de verzekering, worden de kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing was. Als de nota betrekking heeft op een DBC waarmee is begonnen voor de datum van ingang van de verzekering, worden de kosten hiervan niet vergoed.

### **2.7.12 Terrorismerisico**

Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op een deel van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op zorg tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden NV (NHT). De exacte definities en bepalingen bij deze aanspraak staan in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op [nht.vereende.nl](http://nht.vereende.nl). Het clauseblad kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen. Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

### 3.11 Medisch specialistische zorg algemeen

In de volgende artikelen van dit hoofdstuk zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt:

- artikel [3.1](#): audiologische zorg;
- artikel [3.2](#): bariatrische chirurgie (bij obesitas);
- artikel [3.3](#): beademing;
- artikel [3.4](#): dialyse;
- artikel [3.5](#): erfelijkheidsonderzoek;
- artikel [3.7](#): psychiatrische ziekenhuisopname (GGZ);
- artikel [3.10](#): IVF/ICSI;
- artikel [3.13](#): oncologieonderzoek bij kinderen;
- artikel [3.15](#): plastische chirurgie;
- artikel [3.16](#): revalidatie;
- artikel [3.17](#): transplantaties van weefsels en organen;
- artikel [3.18](#): trombosezorg;
- artikel [3.19](#): verblijf;
- artikel [3.20.2](#): bevalling en verloskundige zorg.

#### Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

#### Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde die niet medisch noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld behandelingen uit culturele of religieuze overwegingen;
- e. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- f. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

#### Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist of sportarts werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Wij vergoeden geen behandelingen in een privékliniek.

Voor een sportarts geldt dat deze ook werkzaam mag zijn in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI).

Een medisch specialist is een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een sportarts is een arts die met het specialisme Sportgeneeskunde is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

## Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, jeugdarts, arts-assistent, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste tien dagen na de bevalling), kaakchirurg, tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, SEH-arts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), klinisch fysicus audioloog (alleen voor KNO-arts), klinisch technoloog, optometrist (bij oogzorg), orthoptist (bij oogzorg), GGD-arts (bij TBC of SOA), verpleegkundig specialist of physician assistant.

Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM, wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hieprikscreening bij een pasgeborene.

Woont u in een verpleeghuis en heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts die in uw verpleeghuis werkt u doorverwijzen.

Voor een second opinion door een medisch specialist heeft u een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist.

Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

## Toestemming vooraf

Ondergaat u een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van uw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming van ons nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie', dat op onze website staat.

## Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

### Let op!

Voor zelfstandige behandelcentrums (ZBC's) gaan wij uit van de ZBC-tarievenlijst. De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en ZBC's staan ook op onze website of kunt u bij ons opvragen. Wanneer een extramuraal werkend specialist geen contract met ons heeft, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde ZBC's.

## Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.



Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
  
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

---

# 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.

## Artikel 64

1. Het Zorginstituut bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11.
2. Het Zorginstituut kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven.

## **Artikel 114**

1. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
2. De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
3. De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
4. Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.