

t
t
t
t
t
J
"
t
~
t
t
t
"
t
h
t
Partijen
: A te B vs C te D
Zaak
: Geneeskundige zorg. buitenland, diverse knieoperaties
Zaaknummer
: 2007.2217
Zittingsdatum
: 13 februari 2008
t
t
t
t
Postadres Postbus 291, 3700 AG Zeist Bezoekadres Sparrenheuvel16, 3708 JE Zeist T (030) 698 83 60 F (030) 698 83 99 E in[o@skgz.nl www.skgz.nl KvK 30213012

Zaak: 2007.2217, geneeskundige zorg, buitenland, diverse knieoperaties

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de besluiten van de zorgverzekeraar van 22 januari en 19 oktober 2007 de door hem in München (Duitsland) ondergane behandelingen op 6 februari en 25 juni 2007 niet volledig 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 Vrije Keuze Basisverzekering (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 Zww, en een aanvullende verzekering.

3.2. De behandelend orthopeed heeft bij verzoeker op 29 november 2006 de volgende, verkort weergegeven, diagnose voor de linker knie gesteld: "knieartrose als gevolg van varusstand met kraakbeen laesie stadium III/IV van de mediale femurcondyl en het mediale tibiaplateau alsook stadium III van de patella en de trochlea femoris; een ruptuur van de binnenmeniscus en chronische ontsteking van het synovium". Voor de rechter knie is op dezelfde datum de diagnose "Verwijderen osteosynthesemateriaal" gesteld. Op 11 april 2007 is door de behandelend orthopeed de volgende diagnose voor de linker knie gesteld: "Status na abrasie artroplastiek en valgiserende osteotomie van het tibiaplateau". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem gewenste zorg op 6 februari 2007, bestaande uit voor de linker knie: "partiële synovectomie, partiële resectie binnen meniscus, met 'Hf-sondestabilisering' van de restmeniscus, shaven van de patella en de trochlea femoris, abrasie artroplastiek van de mediale femurcondyl en het mediale tibiaplateau, alsmede een valgiserende osteotomie van het tibiaplateau met osteosynthese door middel van plaat en schroeven" (hierna: aanspraak I); en voor de rechter knie "verwijderen osteosynthese materiaal" (hierna: aanspraak II) ten laste van de zorgverzekering. Voor de door hem gewenste zorg op 25 juni 2007 heeft verzoeker naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van "verwijderen osteosynthese materiaal" (hierna behandeling III). Bij brief van 22 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak op de vergoe-

ding van behandeling I en behandeling 11 op grond van de zorgverzekering tot maximaal het in Nederland geldende tarief is toegewezen, alsmede een verdubbeling daarvan op grond van de aanvullende verzekering; de aanspraak op vergoeding van behandeling 111 is op 11 september 2007 afgewezen .

- 3.3. Op 6 februari 2007 hebben de behandelingen I en 11, op de volledige vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. Op 25 juni 2007 heeft, in afwijking van hetgeen in de aanvraag van behandeling 111 was vermeld, de volgende behandeling plaatsgevonden: "verwijderen osteosynthese materiaal en nabehandeling van de abrasie artroplastiek", op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 19 oktober 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak, te weten de volledige vergoeding van de door hem ondergane behandelingen op 6 februari en 27 juni 2007, alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering.
- 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 10 december 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 december 2007 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Bij brief van 17 december 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 10 januari 2008 de commissie geadviseerd de maximum vergoeding op een aantal punten nader te onderzoeken, waarbij wordt meegegeven dat de nacontroles, zijnde postoperatieve zorg, niet apart gedeclareerd kunnen worden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen en hebben beiden van deze gelegenheid gebruik gemaakt. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 13 februari 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 29 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar, daarom verzocht door de commissie tijdens de zitting van 13 februari 2008, een nieuwe berekening van de kosten gemaakt, rekening houdend met het advies van het CVZ en hetgeen door de zorgverzekeraar als verweer is ingebracht.
- 3.11. Bij brief van 3 maart 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 10 maart 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanlei-

ding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij voor de dubbele operatie, de behandeling I en 11, die op 6 februari 2007 heeft plaatsgevonden, een maximaal bedrag krijgt uitgekeerd dat even hoog is als het bedrag dat hij in 2006 heeft toegezegd gekregen voor de identieke operatie aan de rechterknie, hetgeen voor hem onbegrijpelijk is.

Met betrekking tot behandeling 111 stelt hij dat de zorgverzekeraar een verkeerde DBC-code heeft toegepast waardoor deze behandeling ten onrechte niet is vergoed. Het verwijderen van het osteosynthese materiaal uit de rechterknie kent namelijk wel een eigen DBC-code met een daarbij behorend tarief, hetgeen aan hem is vergoed.

- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ advies onjuist is omdat de arthroscopische revisie niet in de vergoeding is meegenomen, hetgeen een omvangrijker ingreep is dan het uitsluitend verwijderen van het osteosynthesemateriaal. Verzoeker wenst een eerlijke en accurate vergoeding, met rente vanaf juni 2007.

- 4.3. 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 voor de knieoperatie links en rechts DBC-code 05.11.00.3024.0213, dat staat voor reguliere zorg/tibia (met of zonder fibula) n.n.o. (excl. enkel)/operatief met klinische episode(n) gehanteerd wordt. De bijbehorende tariefcode 140159 geeft voor 2007 een bedrag van € 4.477,10. Voor het verwijderen van onder andere plaat en schroeven is DBC-code 05.11.00.004103.0211 gehanteerd, dat staat voor reguliere zorg/te verwijderen osteosynthesemateriaal/operatief poliklinisch, waarvoor tariefcode 140148 is vastgesteld waarbij een bedrag van € 988,55 wordt toegekend. Hierbij is een opslagpercentage van 118,61 percent gehanteerd voor het instellingsdeel. Deze vergoedingen betreffen de knieoperaties van 6 februari 2007. De tarieven daarvoor worden kostendekkend geacht en omvatten mede de vervolgbehandelingen en nacontrole.

De knieoperatie van de linkerknie die op 25 juni 2007 heeft plaatsgevonden, is te beschouwen als een vervolgbehandeling, die onder dezelfde DBC-code valt als de operatie die in februari 2007 heeft plaatsgevonden. Hiervoor wordt geen extra vergoeding toegekend.

- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor de operatie in februari de regeling voor de parallelle DBC's dient te worden toegepast en niet, zoals het CVZ schetst, twee klinische DBC's in rekening mogen worden gebracht.

De zorgverzekeraar biedt aan een herberekening te maken, op grond van het advies van het CVZ en hetgeen de zorgverzekeraar als verweer heeft gesteld. Voorts geeft de zorgverzekeraar aan dat, hoewel het bindend advies uitsluitend de basisverzekering betreft, dit advies door de zorgverzekeraar zal worden gevolgd voor de vergoeding op grond van de aanvullende verzekering.

- 5.3. De herberekening van de zorgverzekeraar, zoals die bij brief van 29 februari 2008 is ingebracht, luidt als volgt:

Academisch Ziekenhuis Maastricht € 4.776,51

(...) Oe omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als

zorg plegen te bieden.

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen.

(. . .)

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname"

Artikel 20 van deel B van de zorgverzekering regelt ten aanzien van zorg in het buitenland het volgende:

"Lid 1

De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 1 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

Lid 2

De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland heeft naar keuze:

- 1. aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag;*
 - 2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:*
 - tot maximaal het op het moment van behandeling op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;*
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*
- (. . .)"*

Ten algemene wordt in artikel 1 van deel B van de zorgverzekering de vergoeding op restitutiebasis geregeld:

"Lid 1

De zorgverzekering omvat aanspraak op vergoeding van kosten en vrijheid van keuze van zorgverlener van de zorg en overige diensten die naar inhoud en omvang in dit deel zijn omschreven. Betreffende zorg in het buitenland is van toepassing artikel 20.

lid 2

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- 1. het op het moment van behandeling op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief,"*
- 2. indien geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag;*
- 3. bij een contract tussen de zorgverlener en zorgverzekeraar echter conform hetgeen is overeengekomen."*

In deel A "Algemene bepalingen" van de zorgverzekering wordt in artikel 1 , Begripsomschrijvingen, de definitie van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):

"Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch--

specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen."

- 7.2. De artikelen 1, 5 en 20 van deel B en artikel 1 van deel A van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b van de 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.2 lid 2 is geregeld dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht hetgeen de verzekerde als eigen bijdragen had moeten betalen indien hij of zij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten alsmede de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
- 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 óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, alsook die van de vraag naar de indicatie in dit geval niet langer in geschil zijn. Met het schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar op 22 januari 2007 voor de behandelingen I en 11, tegen het in Nederland geldende tarief, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg en de vraag naar de indicatie immers niet meer relevant.
- 7.6. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of (i) voor de behandelingen I en 11 de juiste tarieven zijn uitgekeerd, en (i i) de vergoeding voor behandeling 111 door de zorgverzekeraar terecht is afgewezen?
- 7.7. Voor zover het verzoek ziet op de hoogte van de vergoeding voor behandeling I, overweegt de commissie als volgt. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde DBC-code (Diagnose Behandel Combinatie). De commissie concludeert dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 05.11.00.3024.0213, die ziet op reguliere zorg/ tibia (met of zonder fibula) n.n.o. (excl. enkel)/ operatief met klinische perioden een DBC-code uit het A-segment betreft, waarvoor blijkens de tariefapplicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit het tarief een gegeven is, te weten € 4.034,00 voor het instellingendeel en € 443,10 voor het specialistenhonorarium, ten tijde van de aanvraag. Het CVZ heeft de commissie geadviseerd de voorkeur te geven aan toepassing van DBC-code 05.11.00.1801.0213, die ziet op reguliere zorg/arthrosis/ operatief met klinische perioden. Dit betreft een DBC-code uit het B-segment, waarvoor de zorgverzekeraar de vrijheid heeft met zorgaanbieders over de prijs te onderhandelen. Totdat duidelijk wordt wat in de praktijk het gemiddelde tarief voor de DBC-code in kwestie, het zogenoemde in Nederland geldende marktconforme tarief, moet worden gerefereerd aan het laatste WTG-tarief. Dat tarief bedraagt voor de door het CVZ ge-

noemde DBC-code € 4.519,70.

Blijkens de Instructie DBC-registratie Orthopedie 2007 is de DBC-code een registratiemethode voor het zorgtraject, uitgaande van de zorgvraag. Partijen verschillen niet van mening over de zorgvraag, te weten slijtage van de knieën (arthrose). De commissie komt om die reden tot de conclusie dat voor behandeling I de door het CVZ voorgestelde DBC-code de meest passende is.

- 7.8. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Dit is door de zorgverzekeraar verwoord in artikel 5 van onderdeel B van de zorgverzekering, waarin wordt aangegeven welke elementen van de behandeling tevens onder de noemer 'medisch-specialistische zorg' gebracht worden. In de Nederlandse tarievenssystematiek doet slechts ter zake of nog een tweede behandeling tijdens dezelfde operatie plaatsvindt, indien deze tweede behandeling meer dan 40 percent van de eerste behandeling omvat. Hiervan is in de onderhavige situatie geen sprake. Nu alle meegezonden rekeningen met betrekking tot behandeling I zien op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn begrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie ook hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar méér te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-code geëigend is.
- 7.9. Voor zover het verzoek ziet op de hoogte van de vergoeding voor behandeling II, staat vast dat door de zorgverzekeraar DBC-code 05.11.00.4103.0211 is gehanteerd, die ziet op reguliere zorg/te verwijderen *osteosynthesemateriaal/operatief poliklinisch*, bij herberekening is DBC-code 05.11.00.4103.0212 gekozen, die ziet op reguliere zorg/te verwijderen *osteosynthesemateriaal/operatief met dagopname*. Het CVZ heeft de commissie geadviseerd de voorkeur te geven aan toepassing van DBC-code 05.11.00.4103.0213, die ziet op reguliere zorg/ te verwijderen *osteosynthesemateriaal/operatief met klinische perioden*.
Op grond van paragraaf 3.2 van de Instructie DBC-registratie Orthopedie 2007 wordt duidelijk dat, gelijk het CVZ stelt, bij een dubbelzijdige aandoening sprake is van twee DBC-codes, ook indien de diagnostiek en/of zelfs de behandeling daarvan (deels) gelijktijdig plaatsvindt. Uit het operatie verslag blijkt dat verzoeker behandeling II tegelijk met behandeling I heeft ondergaan.
Op grond van paragraaf 3.5 van de Instructie DBC-registratie Orthopedie 2007 wordt duidelijk dat, anders het CVZ daartoe stelt, voor deze specifieke situaties de tweede DBC-code geregistreerd dient te worden binnen de behandelas 'klinisch zonder dagen'. Voor de orthopedie wordt dit getypeerd met behandelas 216 KZD. Op grond hiervan komt de commissie tot de conclusie dat voor behandeling II, het verwijderen van osteosynthese materiaal uit de rechterknie, in dezelfde sessie waarin behandeling I is uitgevoerd, DBC-code 05.11.00.4103.0216 KZD die ziet op reguliere zorg/ te verwijderen *osteosynthesemateriaal /KZO operatief met klinische perioden* de meest passende DBC is. Het betreft wederom een DBC-code uit het A-segment waarvoor blijkens de tariefapplicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit het tarief een gegeven is, te weten € 621,00 voor het instellingendeel en € 163,55 voor het specialistenhonorarium, ten tijde van de aanvraag. Aangezien verzoeker niet in een nadeliger positie mag komen te verkeren na het voorleggen van het geschil, komt de commissie tot de conclusie dat, hoewel de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code niet de meest passende is, het bij deze behorende tarief dient te worden vergoed, te weten € 988,55.
- 7.10. Met betrekking tot behandeling III merkt de commissie op dat de nabehandeling van de abrasie artroplastiek deel uitmaakt van de zorgvraag waarop DBC-code

05.11.00.1801.0213 ziet, zodat hiervoor geen extra vergoeding behoeft te worden toegekend. Op grond van paragraaf 3.3 van de Instructie DBC-registratie Orthopedie 2007 wordt namelijk duidelijk dat wanneer de behandeling in tempi wordt uitgevoerd slechts één DBC-code wordt toegepast.

Ten aanzien van de stelling van de zorgverzekeraar dat het verwijderen van het osteosynthesemateriaal uit de linkerknie om deze reden niet voor vergoeding in aanmerking komt oordeelt de commissie als volgt. Paragraaf 3.3 van de Instructie DBC-registratie Orthopedie 2007 maakt een uitzondering op de hoofdregel ten aanzien van de verwijdering van osteosynthesemateriaal. Dit vormt een afzonderlijke DBC-code. Aangezien blijkens de offerte van 11 april 2007 de opname voor behandeling 111 twee dagen is, hetgeen niet is bestreden door de zorgverzekeraar, en het verwijderen van het osteosynthesemateriaal uit de linkerknie de enige DBC-code is die gedeclareerd kan worden, ligt het voor de hand DBC-code 05.11.00.4103.0213, die ziet op reguliere zorg/ te verwijderen osteosynthesemateriaal/operatief *met klinische perioden toe te passen*. Het betreft wederom een DBC-code uit het A-segment waarvoor blijkens de tariefapplicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit het tarief een gegeven is, te weten € 1775,00 voor het instellingsdeel en € 201,50 voor het specialistenhonorarium, ten tijde van de aanvraag.

- 7.11. De onder 7.7, 7.9 en 7.10 bedoelde DBC-tarieven zijn gekoppeld aan een volledige behandeling en worden geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, nu het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daar niet aan 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 scholingstaken 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. Indien echter een zorgverzekeraar, om hem moverende redenen, van oordeel is dat ter zake van een uit het buitenland afkomstige declaratie toch een aanvullende vergoeding op basis van het verrekentariaf geboden dient te worden, zoals in dit geval waarbij dit percentage aanvankelijk op 118,61 percent is gesteld, welke toezegging de zorgverzekeraar overigens in een later stadium niet meer kan intrekken, dan zal de commissie in die beslissing niet treden en dit verrekentariaf toepassen op elke uit te keren DBC tarief .
- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover zij ziet op het meerdere van het hogere tarief voor behandeling I, te weten een bedrag van $(€ 4.519,70 + 18,61 \%) - € 4.477,10 = € 883,72$ ten laste van de basisverzekering, en het verwijderen van het osteosynthesemateriaal uit de linkerknie op 25 juni 2007, waarvoor ten laste van de basisverzekering $€ 1.976,50 + 18,61 \% = € 2.344,33$ dient te worden vergoed. Het meer of anders gevraagde wordt afgewezen. Dit geldt evenzeer voor de door verzoeker verzochte rente-vergoeding. Rente kan eerst voor vergoeding in aanmerking komen, indien de schuldenaar deugdelijk ingebreke is ge-

steld en nadien in verzuim is geraakt. Hiervan is in het onderhavige geval niet gebleken.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe met in achtneming van het onder 7.12 gestelde toe.

8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37.00 .

Zeist, 26 maart 2008,

Voorzitter