

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, knieoperatie met kraakbeentransplantatie
Zaaknummer : ANO07.376
Zittingsdatum : 12 december 2007

Zaak: ANO07.376, geneeskundige zorg, buitenland, knieoperatie met kraakbeentransplantatie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

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

| E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 5 februari 2007 inzake de hoogte van de vergoeding voor de door hem ondergane behandeling, te weten een kraakbeentransplantatie bij een meniscectomie van de linkerknie in Nordhorn (Duitsland).

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 Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 5 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de door hem ondergane behandeling tot maximaal € 2.045,15 wordt vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 21 augustus 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige behandeling volledig te vergoeden.
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 30 oktober 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 november 2007 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Bij brief van 1 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Bij brief van 1 november 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker op 6 november 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 19 november 2007 heeft kenbaar gemaakt niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 29 november 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is een 62-jarige man die op 28 november 2006 in Nordhorn (Duitsland) aan zijn linker knie is geopereerd. Hierbij is (een deel van) de meniscus verwijderd en heeft een kraakbeentransplantatie plaatsgevonden. Hij heeft de rekening van € 3.575,62 gedeclareerd bij zijn zorgverzekeraar. Hiervan is € 2.045,15 vergoed.
- 4.2. Verzoeker stelt dat de voorwaarden van de zorgverzekering geen grondslag vormen om een korting op zijn declaratie toe te passen. Het uitgangspunt van het in Nederland geldende marktconforme tarief kan niet maatgevend worden geacht, gezien de vrijheid van verkeer, goederen en diensten in de Europese Unie.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat de door hem in Duitsland ondergane knieoperatie door de zorgverzekeraar volledig dient te worden vergoed.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat op grond van het bepaalde in artikel 12.2 van de zorgverzekering de vergoeding van kosten van in het buitenland ondergane zorg nooit hoger kan zijn dan de vergoeding die in Nederland verleend zal worden. Wanneer de in het buitenland verleende zorg duurder is dan in Nederland, blijft een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde.
Voor de onderhavige behandeling is, op grond van de daarbij behorende DBC-code 05.11.00.1805.0212 met bijtelling van 25%, een bedrag van € 2.045,15 toegekend.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat voor de onderhavige behandeling niet meer hoeft te worden vergoed dan de toegezegde € 2.045,15.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen

aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn geregeld in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg is geregeld in de afdeling aanspraken. In artikel 3 van de aanspraken van de zorgverzekering wordt, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"U heeft aanspraak op:

- medisch specialistische (...) zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen;*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak wanneer u bent doorverwezen door een huisarts (...) of andere medisch-specialist."

Artikel 1 van de aanspraken luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"(...)

Voor een aantal behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener, u recht heeft op 95% van het laagste voor de betreffende behandeling gecontracteerde tarief. Dat geldt voor de volgende behandelingen:

(...)

– Knieoperaties (in verband met arthrose)"

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van aanspraak op zorg wordt in artikel 2.4 van de algemene voorwaarden bepaald:

"De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

Met betrekking tot de Diagnose Behandeling Combinatie is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld in artikel 1 van de algemene voorwaarden:

"Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting vastgestelde, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgaanvraag, het

zorgtype, de diagnose en de behandeling.”

Het geldend maken van zorgaanspraken is geregeld in artikel 12 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Lid 2 van het vorengenoemde artikel bepaalt, voor zover hier relevant:

“Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd hebt u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. (...) Als er geen lagere vergoeding geldt of eigen bijdrage verschuldigd is heeft u aanspraak op vergoeding van kosten tot maximaal:
- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
(...)”

Artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt in de leden 1.1, 1.4 en 2.1, voor zover hier relevant, ten aanzien van het buitenland het volgende;

“1.1. De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
(...)
- vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van de zorgverzekering tot maximaal:
- (...)
- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
(...)

1.4. Indien de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 18.1 aangegeven vergoeding.

(...)

2.1. Voor spoedeisende zorg aan de verzekerde, die in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan het woonland, heeft deze naar keuze aanspraak op:
(...)
- vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van de zorgverzekering tot maximaal:
- (...)
- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
(...)”

7.3. De hiervoor genoemde bepalingen zijn volgens artikel 2.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.4. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.1, tweede lid van het Bzv is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie concludeert op basis van de in het dossier aanwezige stukken dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in dit geval onbeantwoord kan blijven. Met het vergoeden van de declaratie door de zorgverzekeraar op 5 februari 2007 voor de knieoperatie in Nordhorn, tegen het in Nederland geldende tarief, is de beoordeling van de gebruikelijkheid, de indicatie en de doelmatigheid van de onderhavige zorg in het onderhavige geval immers niet meer relevant.
- 7.7. Tussen partijen is slechts in geschil de hoogte van de vergoeding. De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 05.11.00.1805.0212 ziet op een operatie bij de beschadiging aan de meniscus in dagbehandeling. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment. De commissie is dan ook van oordeel dat, mede gelet op de artikelen 12 en 18 van de zorgverzekering, door de zorgverzekeraar gelet op de zorg die verzoeker heeft ontvangen, de meest passende DBC-code heeft gehanteerd. Het bij die code behorende tarief, te weten € 1.676,90 ten tijde van de aanvraag, is een niet voor discussie vatbaar gegeven.
- 7.8. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Aangezien alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn begrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan waartoe hij op grond van de genoemde DBC-tariefcode is verplicht.
- 7.9. Het onder 7.7 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.
Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit 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 buiten-

land afkomstige declaratie tóch een aanvullende vergoeding op basis van het verrentarief geboden dient te worden, zoals in dit geval waarbij dit percentage op 25 is gesteld, zal de commissie in die beslissing niet treden.

- 7.10. De stelling van verzoeker dat “het uitgangspunt van het in Nederland geldende marktconforme tarief niet maatgevend kan worden geacht gezien het vrije verkeer van goederen en diensten in de Europese Unie”, acht de commissie onjuist. Uit het arrest Müller-Fauré en Van Riet van het Europese Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen (HvJ EG Zaak C-385/99, 13 mei 2003, Jur. 2003, 4509, r.o. 98) blijkt dat, voor zover in de onderhavige kwestie van belang:

“alleen de lidstaten mogen bepalen hoever de ziektekostendekking van hun verzekerden gaat, zodat de verzekerde, wanneer hij (...) voor behandeling naar een andere lidstaat gaat dan de lidstaat van vestiging van het ziekenfonds waar hij staat ingeschreven, slechts aanspraak kan maken op vergoeding van de behandeling binnen de grenzen van de dekking die in de lidstaat van inschrijving door het stelsel van ziektekostenverzekering is gegarandeerd”.

Uit deze overweging volgt dat het Europese Hof een lidstaat de mogelijkheid geeft om de hoogte van de vergoeding te bepalen waarop patiënten recht hebben die, gelijk verzoeker, een behandeling in een andere lidstaat ondergaan.

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af

Zeist, 12 december 2007,

Voorzitter