

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: EU/EER, Geneeskundige zorg, strabismusoperatie
Zaaknummer	: 2009.00352
Zittingsdatum	: 23 september 2009

Zaak: 2009.00352, EU/EER, Geneeskundige zorg, strabismusoperatie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10, 11 en 13 Zvw, 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 beslissing van de zorgverzekeraar van 5 december 2008 de door verzoeker nog in Antwerpen (België) te ondergane oogoperatie tot maximaal € 2.062,66 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 Zorg-op-maat polis (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, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. De behandelend oogarts te Antwerpen heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "gecompliceerde strabismus met mechanische componenten (postoperatief) en diplopie". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een oogoperatie bestaande uit "het ophalen van de rectus internus OS; re-re-recessie van de rectus externus OS; revisie & disinsertie van m. obliquus superior OS gecombineerd met een re-re-recessie van de rectus externus OD & eventueel een recessie van de rectus superior OD", ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 december 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak tot een bedrag van € 2.062,66 is toegewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 21 januari 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 5 februari 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 14 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 juli 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en zorgverzekeraar hebben medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 juli 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 25 augustus 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat overeenkomstig de Nederlandse tarieven in samenhang met het restitutiereglement van de zorgverzekeraar de vergoeding voor de onderhavige operatie correct is vastgesteld. Een afschrift van het CVZ-advies is op 8 september 2009 op aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 23 september 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 24 september 2009 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 28 september 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding 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 recht heeft op volledige vergoeding van de geschatte kosten, te weten € 4.500,--. Hij voert in dit verband het volgende aan.
- 4.2. Verzoeker is in 1987 geopereerd te Leiden. Daarvóór is hij drie keer geopereerd in een regulier ziekenhuis, van waaruit hij naar Leiden is verwezen in verband met gecompliceerde oogproblemen.
Gedurende de zeven uur durende operatie is de gecompliceerde oogproblematiek opgelost.
- 4.3. Thans komt het probleem weer terug. Verzoeker heeft zeer veel vertrouwen in de behandelend arts die hem indertijd in Leiden heeft geopereerd (hierna: de Arts). Na contact te hebben gehad met het ziekenhuis aldaar, is gebleken dat daar thans een patiëntenstop is. Verzoeker is geadviseerd contact op te nemen met de praktijk van de Arts in België. De onderhavige operatie kan alleen door de Arts worden uitgevoerd.

- 4.4. Verzoeker stelt nog uitsluitend vertrouwen te hebben in de Arts. Hij is de enige die het oogprobleem in 1987 heeft kunnen verhelpen.
- 4.5. Bovendien is verzoeker van oordeel dat beter één duurdere operatie kan worden vergoed, dan drie keer onnodig kosten maken om daarna alsnog te worden verwezen naar een gespecialiseerd arts.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker nog aangevoerd dat hij bij de zorgverzekeraar heeft geïnformeerd of hij zich kon bijverzekeren, zodat de behandelingen wel volledig zouden worden vergoed. Telefonisch werd hem medegedeeld dat dit niet mogelijk was.
- 4.7. 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 verzoeker gekozen heeft voor een naturapolis. Dit betekent in beginsel dat verzoeker heeft gekozen voor zorg bij zorgverleners waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft. Met de zorgverlener in Antwerpen is geen contract gesloten. Wel is verzoeker geattendeerd op de mogelijkheid gebruik te maken van zorgbemiddeling naar een gecontracteerde zorgverlener.
- 5.2. Omdat verzoeker voor de gevraagde hulp ook terecht kan bij zorgverleners waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft, wordt de behandeling gedeeltelijk vergoed als gekozen wordt voor een niet-gecontracteerde zorgverlener. Voorwaarde is wel dat sprake is van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
- 5.3. Voor de onderhavige oogoperatie wordt maximaal 90 percent van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed. Uitgaande van DBC-prestatiecode 01.11.00.0204.0032, met omschrijving “overige afwijkingen in de coördinatie van beide ogen/behandeling in daagopname met ingreep” leidt dat tot een vergoeding van maximaal € 2.062,66. Dit bedrag is voor de gehele behandeling, vanaf het eerste consult tot en met de laatste nacontrole. Ook eventueel noodzakelijke vervolgooperaties na complicaties of hersteloperaties zijn in dit bedrag inbegrepen.
- 5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de vraag naar de hoogte van de vergoeding voor de strabismusoperatie in Antwerpen.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 18 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover relevant wordt hier bepaald:

“Lid 1.

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

(...)

Lid 3. Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een of door een instelling voor medisch specialistische zorg. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.”

Artikel 11 van de zorgverzekering bepaalt met betrekking tot het buitenland het volgende:

“Lid 2

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

- a. aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.*
- b. aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgverlener die door zijn zorgverzekeraar is gecontracteerd.*
- c. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.”*

Artikel 4 van het ‘Reglement Restitutie’ van de zorgverzekeraar bepaalt voor zover hier van belang:

“Medisch-specialistische zorg

(...).

2. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet marktordening gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, voor zover het extramurale zorg betreft, negentig procent van de voor de betreffende zorg door de zorgverlener afgegeven, gespecificeerde nota, tot een maximum van negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende wettelijk vastgestelde of goedgekeurde tarief.

3. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet marktordening gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een extramuraal medisch specialist of instelling voor medisch specialistische zorg (zelfstandig behandelcentrum) waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, vijfenzeventig procent van de voor de betreffende zorg door de zorgverlener afgegeven, gespecificeerde nota, tot een maximum van vijfenzeventig procent van het voor de betreffende zorg geldende wettelijk vastgestelde of goedge-

keurde tarief."

- 7.3. De artikelen 11 en 20 van de zorgverzekering en artikel 4 van het 'Reglement Restitutie' zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid 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. In artikel 2.2, lid 2 Bzv is vervolgens bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen worden medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Vast staat dat in overweging 3.2 omschreven behandeling is te beschouwen als zorg die medisch specialisten plegen te bieden als bedoeld in de zorgverzekering. Tussen partijen is voorts niet in geschil dat verzoeker hiervoor een indicatie heeft. Met het bij brief van 5 december 2008 toekennen door de zorgverzekeraar van een vergoeding voor de onderhavige behandeling staat ook de doelmatigheid daarvan vast.
- 7.7. Ten aanzien van de hoogte van deze vergoeding oordeelt de commissie als volgt. De meest passende DBC-prestatiecode voor de onderhavige zorg is 01.11.00.0204.0032, die ziet op "reguliere zorg / concomitant scheelzien/verrichtingen met dagopname(n)". Dit betreft een DBC-prestatiecode uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 1.844,-- voor het instellingsdeel en € 447,85 voor het specialistenhonorarium ten tijde van de aanvraag. De commissie is van oordeel dat door de zorgverzekeraar het onder de gegeven omstandigheden meest passende DBC-tarief is uitgekeerd.
- 7.8. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Aangezien de offerte betrekking heeft op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn inbegrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-prestatiecode geëigend is.
- 7.9. Het onder overweging 7.8 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties, waarbij sprake is van een behandeling in het buitenland, niet per definitie het geval zal zijn, doet geen aanspraak op een hogere ver-

goeding ontstaan. Feit is immers dat het gehanteerde tarief in de Nederlandse markt-omstandigheden toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest. De zorgverzekeraar heeft overigens in zijn nader commentaar van 14 juli 2009 medegedeeld dat de kosten worden vergoed tot honderd percent van het maximum van het in Nederland geldende tarief. De korting van tien percent in verband met het gebruik maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener is derhalve achterwege gelaten, waarmee naar het oordeel van de commissie door de zorgverzekeraar meer is vergoed dan waartoe hij op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering was gehouden.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 oktober 2009,

Voorzitter