

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: EU-EER, Geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer	: 2008.02602
Zittingsdatum	: 26 augustus 2009

Zaak: 2008.02602 (EU-EER, Geneeskundige zorg, hoogte vergoeding)

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, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 15 augustus 2008 een operatie aan de knie, uitgevoerd te Benidorm (Spanje) slechts te vergoeden tot een bedrag van maximaal € 2.213,16.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Basis polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. De behandelend arts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “unhappy triad knie”. Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op “een knieoperatie” ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Op 24 april 2008 is de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, uitgevoerd.
- 3.4. Bij brief van 15 augustus 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.5. Hierna heeft een e-mailwisseling plaatsgevonden, waarbij de zorgverzekeraar heeft medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.7. Bij brief van 15 april 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 12 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juni 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 juli 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. Bij brief van 18 augustus 2009 heeft verzoekster aangegeven af te zien van horen. De zorgverzekeraar heeft op 24 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.11. Bij brief van 15 juni 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29065140) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.12. De zorgverzekeraar is op 26 augustus 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.13. Bij brief van 27 augustus 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden 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 1 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij haar in Benidorm een knieoperatie is uitgevoerd. De kosten daarvan bedragen € 3.830,19. Door de zorgverzekeraar is voor de betreffende behandeling de DBC-code 05.11.00.1820.0212 gehanteerd, met een bijbehorend tarief van € 2.213,--. Verzoekster is van mening dat de DBC met code 05.11.00.1840.0212 van toepassing is, omdat bij haar ook de meniscus is geopereerd. Indien dit niet juist blijkt te zijn, hoort bij de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code haars inziens een (hoger) bedrag, namelijk een bedrag tussen de € 2.511,-- en € 2.858,15. Dit blijkt uit tarieven van acht verschillende ziekenhuizen.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 verzoekster op 24 april 2008 een operatie aan de kniebanden heeft ondergaan op basis van een dagopname. De DBC-code die bij deze behandeling hoort is 05.11.00.1820.0212 en komt uit het zogenoemde B-segment. Hiervoor gelden geen landelijke tarieven. De tarieven voor het B-segment zijn vrij onderhandelbaar. De aan verzoekster toegekende vergoeding van € 2.213,16 is de gemiddelde, marktconforme prijs voor deze DBC.
- 5.2. De DBC 05.11.00.1840.0212 is gericht op kniebandletsel en meniscusletsel, waarbij het kniebandletsel betrekking heeft op de kniebanden aan de buitenkant van de knie, en niet die aan de binnenkant. In geval van letsel aan de kniebanden aan de binnenkant van de knie, is sprake van letsel aan de voorste kruisband of aan de achterste kruisband. Daarvoor zijn specifieke DBC-trajecten, welke in dit geval zijn gebruikt voor de vaststelling van het tarief.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de DBC-code die het CVZ heeft aangevoerd achteraf gezien de juiste is. Het betreft een code uit het A-segment. Daaruit volgt dat verzoekster eigenlijk recht heeft op een lager bedrag dan reeds aan haar is uitgekeerd. Het teveel betaalde zal niet bij haar worden teruggevorderd.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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 of door de zorgverzekeraar met betrekking tot de door verzoekster ondergane knieoperatie de juiste DBC-code is gehanteerd, en of het bedrag dat door de zorgverzekeraar is verbonden aan DBC-code 05.11.00.1820.0212 juist is. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis met gecontracteerde zorg, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische hulp bestaat. Artikel B9 regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. De artikelen luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

*"B24 Medisch specialistische zorg
(...)"*

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- *onderzoek en diagnostiek,*
 - *behandeling,*
 - *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
 - *laboratoriumonderzoek,*
 - *second opinion.*
- (...)*

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt. (...)

“B9 Buitenland

(...)

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een door [de zorgverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder.

Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- *recht op vergoeding van kosten van zorg van een door [de zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- *vergoeding van kosten van zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder.*

(...)”

- 7.3. De artikelen B24 en B9 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 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 bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De vraag of in het onderhavige geval sprake is van medisch noodzakelijke zorg, welke normaliter onder artikel 22 lid 1 onder a van EG verordening 1408/71 getoetst dient te worden, kan hier in het midden blijven omdat Spanje, het land waar de zorg is genoten, geen vergoedingstarieven heeft vastgesteld. In die situatie geldt artikel 34 lid 5 van de toepassingsverordening (EG-Verordening 574/72), die bepaalt dat de kosten dienen te worden vergoed overeenkomstig het sociale zekerheidsstelsel van het land waar de ziektekostenverzekering is geregeld, in casu Nederland.
- 7.7. Aangezien de zorgverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van de door verzoekster ondergane behandeling, kunnen de vragen of het hier gaat om een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering, of verzoekster hiervoor een (verzekerings-)indicatie heeft en of de zorg doelmatig is, onbeantwoord blijven. Enkel de hoogte van de vergoeding houdt partijen verdeeld.

- 7.8. De door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 05.11.00.1820.0212 met de omschrijving: 'Reguliere zorg // Voorste kruisbandlesie / Operatief met dagopname(n)' betreft een DBC-code uit het B-segment, waarvoor het tarief door middel van onderhandelingen tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar wordt vastgesteld. Het tarief dat de zorgverzekeraar blijkens het overzicht 'vergoedingen DBC B-segment 2008' heeft vastgesteld met betrekking tot genoemde code is € 1.650,78. De gehanteerde code komt de commissie, gezien de door verzoekster ondergane knieoperatie, niet onjuist voor. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat het hogere bedrag ad. € 2.213,-- abusievelijk is uitgekeerd, omdat men zich had gebaseerd op een poliklinische behandeling. Het teveel betaalde is niet door de zorgverzekeraar bij verzoekster teruggevorderd.
- 7.9. De commissie merkt op dat de door verzoekster aangedragen code 05.11.00.1840.0212 met omschrijving: 'Reguliere zorg // Gecombineerd meniscus/bandlesie / Operatief met dagopname(n)' een DBC-code uit het A-segment betreft, waarbij het tarief een gegeven is, namelijk € 2.106,20. Het hanteren van genoemde code leidt voor verzoekster niet tot een gunstiger resultaat. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de vergoeding tussen € 2.511,-- en € 2.858,15 dient te bedragen, tekent de commissie aan dat het hier, als gezegd, gaat om een DBC-code uit het B-segment, waarover de zorgverzekeraar heeft onderhandeld met de ziekenhuizen. De uitkomst van die onderhandelingen is in dit verband leidend. Dat andere zorgverzekeraars met andere ziekenhuizen mogelijk een hoger tarief dan het gemiddelde van € 1.650,78 zijn overeengekomen, is in de verzekeringsrelatie met verzoekster van geen belang.
- 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, 9 september 2009,

Voorzitter