

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : EU-EER, Geneeskundige zorg, arthroscopie, laser abrasie
Zaaknummer : 2009.00166
Zittingsdatum : 18 november 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 10 juli 2007 de kosten van een arthroscopische knieoperatie aan de linkerknie met behulp van laser slechts – gedeeltelijk – te vergoeden tot een bedrag van € 1.425,--, en eenzelfde operatie aan de rechterknie niet te vergoeden.

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 ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts waren ten behoeve van verzoekster bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar enkele aanvullende verzekeringen afgesloten, die in het vervolg buiten beschouwing zullen blijven.
- 3.2. Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op de onder 2 genoemde behandeling, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 mei 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 8 mei 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).
- 3.6. 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.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 18 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 augustus 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 19 augustus 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 28 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29090775) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat 'Abrasion arthroplasty' van de knie niet kan worden gerekend tot zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ gaat daarom in zijn advies niet in op de vraag of de juiste DBC is toegepast. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 18 november 2009 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 19 november 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 24 november 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. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: *"(...) instabiele varus gonarthrosis (...) van beide knieën. Er is sprake van een 9 graden varus stand van de rechter knie en een 6 graden varus stand van de linker knie (...) De instabiliteit wordt veroorzaakt door een insufficiënt mediaal en lateraal bandapparaat. Tevens is er sprake van een voortgeschreden slijtage van de knieschijf"*.
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, het volgende. Wegens klachten aan haar knieën heeft zij haar huisarts geconsulteerd, die haar door verwees naar een orthopedisch chirurg in Nederland. Duidelijk werd dat, zeker gezien de relatief lage leeftijd van verzoekster, ingrijpen noodzakelijk was. Verzoekster heeft zich daarop laten informeren waar zij de beste zorg kon krijgen, waarna zij uiteindelijk terecht kwam in Duitsland. De operatie aldaar kostte ongeveer € 10.000,--. De vergoeding die verzoekster voor operatie aan de linkerknie heeft ontvangen van de zorgverzekeraar bedraagt € 1.425,--. Zij is thans van mening dat een onjuiste DBC-code is gehanteerd. Het betreft een meerdaagse opname, met een bijpassende code van 05.11.00.1801.0213. Daarmee heeft verzoekster recht op een bedrag van

€ 5.038,42. Aangezien eenzelfde operatie is uitgevoerd aan haar rechterknie, heeft zij tevens recht op eerder genoemd bedrag voor deze operatie.

De stelling van de zorgverzekeraar dat verzoekster geen medische reden heeft voor een klinische opname is volgens verzoekster onjuist. Zij had last van ontstoken knieën, en in overleg met de artsen is besloten de operatie uit te voeren met een klinische opname.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in het Maria Hilfe-ziekenhuis is geopereerd, en niet in een privékliniek. Door de behandelend artsen in Nederland werd een osteotomie voorgesteld. Volgens de arts in Duitsland is deze operatie bij verzoekster te riskant. Daarom heeft hij de arthroscopische operatie voorgesteld, die volgens hem conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Omdat zij een nacht in het ziekenhuis heeft verbleven, heeft verzoekster recht op vergoeding van een DBC behorende bij een meerdaagse opname.

- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het 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, het volgende.

Volgens de polisvoorwaarden wordt een behandeling in het buitenland vergoed volgens het Nederlandse tarief. In Nederland kan de door verzoekster ondergane operatie plaatsvinden in dagbehandeling of met klinische opname. Voor klinische opname moet een medische reden bestaan. Daarvan is bij verzoekster niet gebleken. Het is mogelijk dat verzoekster voor een dergelijke operatie in Duitsland wel is opgenomen. De vergoeding is echter gebaseerd op Nederlandse maatstaven. Daarom is de DBC-code met betrekking tot dagopname gehanteerd, met een bijbehorend tarief van € 1.425,--.

- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat zowel de operatie aan de linker- als aan de rechterknie niet gebruikelijk is. Er is echter een fout gemaakt bij de declaratie van de eerste operatie. De medisch adviseur had daarbij toegelicht dat de operatie niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, maar heeft wel een DBC-code genoemd die het meest passend was indien wel een vergoeding zou volgen. De behandelaar heeft daarop de operatie vergoed tot het bedrag van € 1.425,--. Aangezien deze handelwijze onjuist is geweest, is achteraf niet meer relevant of sprake is van een dagopname of een meerdaagse opname, en of de behandeling heeft plaatsgevonden in een privékliniek of een ziekenhuis. Omdat de linker- en rechterknie al niet had mogen worden vergoed, is geen vergoeding gegeven voor de rechterknie. Wel is de zorgverzekeraar bereid hetzelfde bedrag vanwege gewekt vertrouwen te vergoeden voor de rechterknie.

- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag 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. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de operaties aan beide knieën volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 1.425,- te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

- 8.1 Het betreft hier een naturapolis, 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 artikel 8 van de zorgverzekering.
Artikel 8.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat, welk artikel, voor zover hier van belang, als volgt luidt:

“Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek, en met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg als bedoeld in artikel 8.6 (...)”

Artikel 13 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“a. de verzekerde die woont in Nederland of een ander EU/EER-land of Verdragsland, en die tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan zijn of haar woonland, heeft voor spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:
i zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EG Verordening 1408/71 of een sociale zekerheidsverdrag, indien voor verzekerde van toepassing;
ii zorg door een instelling of aanbieder die door zorgverzekeraar in dat land is gecontracteerd;
iii vergoeding van kosten van zorg zoals opgenomen in deze modelovereenkomst, tot ten hoogste de in Nederland geldende WMG-tarieven. Als er geen WMG-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.(...)”

Artikel 10 van de zorgverzekering bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een zorgvorm voor zover hij daarop naar inhoud, omvang en uit het oogpunt van doelmatigheid redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 8.2 bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat, mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.2 De artikelen 8, 10 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.3 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.

- 8.4 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1 De zorgverzekeraar is blijkens zijn brief van 10 juli 2007 voor de linkerknie overgegaan tot vergoeding van een bedrag van € 1.425,--. Naar het oordeel van de commissie is daarmee, anders dat het CVZ concludeert, de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoekster daarvoor een indicatie heeft, gepasseerd, zodat enkel overblijft de vraag of de juiste vergoeding is verleend. Met betrekking tot het tarief voor de onderhavige operatie overweegt de commissie dat in Nederland behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling worden voorzien van een DBC-code. De door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code is 05.11.00.1801.0212 en heeft als omschrijving: 'Reguliere zorg // Arthrosis / Operatief met dagopname(n)'. Het betreft een code uit het B-segment, waarvoor door de zorgverzekeraar een bedrag is overeengekomen van € 1.425,--. Verzoekster heeft ter zitting medegedeeld dat sprake is geweest van een meerdaagse opname, omdat zij een nacht in het ziekenhuis heeft verbleven. Deze stelling is door de zorgverzekeraar niet, althans onvoldoende bestreden. Verzoekster heeft als grond voor vergoeding de DBC-code 05.11.00.1801.0213 aangedragen. Deze code heeft als omschrijving: "Reguliere zorg // Arthrosis / Operatief met klinische episode(n)". Het betreft eveneens een DBC-code uit het B-segment, waarvoor de zorgverzekeraar in 2007 – anders dan verzoekster stelt – met de zorgverleners een bedrag had afgesproken van € 4.011,84; zo blijkt uit een lijst met vergoedingen uit het betreffende jaar. Deze code komt de commissie – gezien de bij verzoekster uitgevoerde operatie – als juist voor, en zij is daarom van oordeel dat verzoekster voor de linkerknie aanspraak heeft op genoemd bedrag, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.2 Waar het gaat om de vergoeding van de operatie van de rechterknie overweegt de commissie dat verzoekster ten tijde van de operatie ervan op de hoogte was dat de kosten niet volledig werden vergoed. Wel heeft zij erop mogen vertrouwen dat in ieder geval € 1.425,-- zou worden vergoed, aangezien het eenzelfde operatie betrof als aan de linkerknie. Zij heeft daarom recht op vergoeding van dit bedrag voor de operatie aan de rechterknie.
- 9.3 Ten overvloede merkt de commissie op dat de onder 9.1 genoemde DBC-tarieven zijn gekoppeld aan een volledige behandeling en geacht worden kostendekkend te zijn. Dat dit laatste in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Het tarief is in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend, waardoor de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.

Conclusie

- 9.4 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, een en ander in overeenstemming met hetgeen is overwogen onder 9.1 en 9.2. Verzoekster heeft aanspraak op een bedrag van in totaal € 5.436,84 voor de door haar ondergane knieoperaties.

9.5 Aangezien verzoekster grotendeels in het gelijk is gesteld, dient de zorgverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1 De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, zoals hiervoor overwogen.

10.2 De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 16 december 2009,

Voorzitter