

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in deze vertegenwoordigd door F, verbonden aan G tegen
C en E beide te D
Zaak : EU-EER, geneeskundige zorg, knieoperatie met
GPS/laserbehandeling
Zaaknummer : 2009.01182
Zittingsdatum : 27 januari 2010

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door F verbonden aan G

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 27 oktober 2008 tot gedeeltelijke vergoeding, namelijk van € 2.132,81, voor de door haar ondergane behandeling, te weten een GPS/laserbehandeling van haar knie, in Nordhorn (Duitsland). Na heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar dit bedrag verhoogd naar € 3.013,05.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] basisverzekering Nederland (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend orthopeed te Nordhorn heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "mediale gonarthrosis re". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "een GPS-/laserbehandeling" ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is toegewezen, de vergoeding wordt echter beperkt tot het maximum van het toepasselijke Nederlandse tarief, zijnde € 2.132,81.
- 3.3. Op 28 oktober 2008 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Verzoekster is van mening dat de kosten van de ingreep volledig vergoed dienen te worden. Bij brief van 4 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt grotendeels te handhaven. Uit het operatieverslag blijkt

dat naast een arthroscopie en abrasie op basis van de meniscopathie ook een minimale meniscectomie heeft plaatsgevonden. Daarom is de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar van mening dat vergoed dient te worden op basis van DBC-code 05.11.00.1805.0212. Deze DBC staat voor “beschadiging aan de meniscus/operatie met dagopname”. Het tarief dat het Deventer Ziekenhuis hiervoor in rekening zou hebben gebracht is € 2.410,44. De ziektekostenverzekeraar verhoogt dit tarief onverplicht, en zonder dat hier rechten aan kunnen worden ontleend, met 25 percent, waardoor de totale vergoeding € 3.013,05 bedraagt.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 10 augustus 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de ingreep volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 10 november 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 november 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 november 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 januari 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 12 november 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 27 november 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29125063) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de in Duitsland ondergane knieoperatie niet behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 januari 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 4 februari 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de nagekomen fax van de gemachtigde van verzoekster gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de nagekomen fax aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 9 februari 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag en de nagekomen fax geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlo-

pige 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 zij door haar Nederlandse arts is doorverwezen voor de behandeling in Nordhorn, omdat in Nederland de nodige expertise ontbreekt en omdat deze behandeling voor haar de beste is.
- 4.2. De behandeling moet niet als één gehele behandeling gezien worden, maar als twee aparte behandelingen, zodat niet alleen een DBC-code moet worden toegekend voor de kijkoperatie, maar in beginsel ook voor de GPS/laserbehandeling. De GPS/laserbehandeling is overigens niet in een DBC-code te vangen, omdat deze techniek niet in Nederland voorhanden is.
- 4.3. Het probleem van de gedeeltelijke vergoeding van de kosten van de ingreep is gelegen in het feit dat de ingreep in het buitenland heeft plaatsgevonden. EU-burgers hebben het recht om zelf hun medische behandeling te kiezen. Er is voldaan aan daaraan te stellen voorwaarden zoals het aanwezig zijn van een indicatie van de behandelend specialist waarom de behandeling niet in Nederland kan plaatsvinden en voorts worden de aanvraag en medische motivatie gesteund worden door een medisch specialist van een in Nederland gevestigd ziekenhuis.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat te veel tijd is verstreken tussen het indienen van de aanvraag op 15 augustus 2008 en de beslissing van de ziektekostenverzekeraar op 27 oktober 2008. Verzoekster benadrukt dat de beslissing pas één dag vóór de ingreep telefonisch door de ziektekostenverzekeraar kenbaar is gemaakt en dat de ziektekostenverzekeraar dus toestemming heeft gegeven voor de ingreep. Hierbij is vermeld dat vergoed zou worden op basis van de meest passende DBC en tevens is een bedrag genoemd. Verzoekster stelt dat de behandeling ook in Nederland wordt uitgevoerd, maar dat deze dan onder een andere DBC-code wordt gedeclareerd, omdat voor deze ingreep geen specifieke DBC is vastgesteld.
Verzoekster heeft tussentijds een aantal keren contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar, maar deze gaf steeds andere oorzaken voor de vertraging in de afhandeling van haar aanvraag.
Verzoekster heeft ter zitting benadrukt dat zij door haar Nederlandse arts is doorverwezen naar deze Duitse arts, omdat de onderhavige behandeling voor haar de beste behandeling was. Verzoekster is door deze behandeling weer bijna volledig hersteld.
- 4.5. Omdat het om onduidelijke redenen niet was gelukt de gemachtigde van verzoekster voor de hoorzitting telefonisch bij te schakelen, heeft de commissie, bij wijze van uitzondering, het beredeneerd verslag van de hoorzitting naar gemachtigde gestuurd met de mogelijkheid hierop te reageren.
Gemachtigde heeft op 3 februari 2010 per fax gereageerd. Zij heeft ter aanvulling aangevoerd dat indien verzoekster in Nederland zou zijn geholpen, zij wellicht een kunstknie zou moeten krijgen. Dat is een zware en kostbare behandeling; door de behandeling in Duitsland is dit voorkomen. Gemachtigde benadrukt dat de onderhavige behandeling niet onder één DBC valt. Het gaat namelijk om een kijkoperatie en een GPS-behandeling, daarom dienen twee DBC-codes en derhalve twee vergoedingen gehanteerd te worden. Het enkele feit dat verzoekster geen DBC-code kan noemen, betekent niet dat niet meerdere DBC-codes van toepassing zouden zijn.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de vergoeding van kosten van medische zorg in het buitenland wordt beperkt tot maximaal de Nederlandse tarieven. Aangezien in Nederland geen DBC-code is vastgesteld voor de ondergane behandeling, dient te worden uitgegaan van de meest passende DBC-code. Op basis van het operatieverslag is dit DBC-code 05.11.00.1805.0212. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat een DBC-traject de gehele behandeling, dus van zorgvraag tot het eind van de behandeling, omvat. Daarom is ook de behandeling van verzoekster onder één DBC te vatten.

5.2. De verwijzing van de arts voldeed, maar het feit dat de behandeling in Duitsland de beste behandeling zou zijn voor verzoekster, maakt niet dat alle kosten vergoed dienen te worden.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de aanvraag voor de onderhavige behandeling eerst op 19 september 2008 door hem is ontvangen. De aanvraag van augustus 2008, waar verzoekster naar verwijst, is niet door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Op de ontvangen aanvraag is direct adequaat actie ondernomen; de ziektekostenverzekeraar heeft contact gezocht met zowel de Nederlandse als de Duitse arts. Het duurde echter enige tijd voordat een reactie van hen werd ontvangen. Rekening houdend met het feit dat twee behandelend artsen hierbij betrokken waren, heeft de behandeling van de aanvraag niet erg lang geduurd. Daarbij is steeds contact onderhouden met verzoekster. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de behandeling danwel de DBC geen probleem vormde. Slechts rond de diagnose bestond aanvankelijk onduidelijkheid, omdat de verwijzing van de Nederlandse arts alleen gonarthrosis als indicatie vermeldde; later bleek dat de behandeling tevens zag op de meniscus. De vergoeding is daarom verhoogd.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de vergoeding voor de GPS/laserbehandeling van de knie van verzoekster in Nordhorn, terecht beperkt is tot het bedrag van € 3.013,05.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is de hoogte van de vergoeding die verzoekster toekomt voor de door haar ondergane behandeling, te weten een GPS laserbehandeling van haar knie in Nordhorn, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de zorgverzekering. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat.

Voor zover hier van belang, luidt artikel 20 als volgt:

“1. Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. (...)”

Artikel 18 van de ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt:

“ 1. De in Nederland woonachtige verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van de zorg, verleend door een zorgaanbieder buiten Nederland, op dezelfde voorwaarden als die welke gelden indien de zorg is verleend door een in Nederland gevestigde zorgaanbieder. (...)”

5. Voor vergoeding van de kosten van niet-medisch-noodzakelijke intramurale zorg in een ander land dan het woonland dient de verzekerde vooraf schriftelijke toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] te hebben verkregen. Onder medisch noodzakelijke zorg wordt hier verstaan onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. (...)”

Artikel 13 van de ziektekostenverzekering bepaalt de hoogte van de vergoeding en luidt:

“1. De vergoeding voor de zorg waarvan de verzekerde in het kader van deze zorgverzekering gebruik maakt is gelijk aan de kosten van de zorg.

2. Kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten, worden buiten beschouwing gelaten.

3. Als kosten van zorg die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten worden in elk geval aangemerkt:

a. kosten die overeenkomen met een tarief dat [naam ziektekostenverzekeraar] met de zorgaanbieder die de betreffende zorg heeft verleend is overeengekomen;

b. voor zover geen tarief is overeengekomen als bedoeld onder a: kosten die overeenkomen met een tarief dat is goedgekeurd of vastgesteld op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg.

(...)”

8. In afwijking van lid 1-3 geldt voor medisch-specialistische zorg die valt onder het B-segment (onderdeel van art. 20) verleend door een zorgaanbieder waarmee [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dat de vergoeding wordt gemaximeerd tot de tarieven volgens de tarievenlijst voor de niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieders voor medisch-specialistische zorg die valt onder het B-segment.

(...)”

Met betrekking tot de Diagnose Behandelcombinatie (DBC) is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld in artikel 1:

“de beschrijving, door middel van een DBC-prestatiecode, van het afgesloten en gevalideerde traject van (medisch-)specialistische zorg, die de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omvat, zoals omschreven in besluiten van de Nederlandse Zorgautoriteit. (...)”

- 7.3. De artikelen 13, 18 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling

zorgverzekering (Rzv).

- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
- In artikel 13, lid 1 Zvw is bepaald dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Met het, bij brief van 27 oktober 2008, schriftelijk verlenen van toestemming voor een GPS/laserbehandeling, tegen het in Nederland geldende tarief - te weten € 2.132,81 later verhoogd naar € 3.013,05 - is de vraag of de zorg tot de verzekerde prestaties behoort, alsmede die naar de aanwezigheid van een indicatie, kennelijk niet geschil.
- Verzoekster maakt aanspraak op vergoeding van de kosten tot maximaal het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde DBC-code. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code 05.11.00.1805.0212 ziet op reguliere zorg / meniscuslaesie / operatief met dagopname, waarvoor door de ziektekostenverzekeraar een tarief is overeengekomen van € 2.410,44. Dit betreft een DBC-code uit het B-segment, waarvoor het tarief ter vrije onderhandeling tussen de ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieders staat. Het hanteren van deze DBC-prestatiecode is gelet op de omstandigheid dat de door verzoekster ondergane behandeling op grond van de stand van de internationale wetenschap en praktijk niet voldoende deugdelijk en beproefd is bevonden en niet kan worden beschouwd als zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, niet onredelijk.
- 7.7. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Aangezien alle kosten 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 ziektekostenverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-code is geëigend. Gelet op hetgeen onder 7.6 is overwogen behoeft de ziektekostenverzekeraar geen hogere vergoeding voor de onderhavige behandeling toe te kennen dan zij heeft gedaan.
- 7.8. Een 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 ziektekostenverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoekster heeft verzocht.

Conclusie

- 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, 24 februari 2010,

Voorzitter