

f
l

t

t

t

J

1

Bindend advies

t.

J.

t

t

t

t

Partijen : A te B vs C te D

Zaak : Geneeskundige zorg buitenland, arthroscopie en abrasie van de rech-
terknie met behulp van lasertechniek

Zaaknummer : 2008.01117

Zittingsdatum : 27 augustus 2008

1

●

t.

t

1

Jt

f

t

t

t

1

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.01117, geneeskundige zorg buitenland, arthroscopie en abrasie van de rechterknie met behulp van lasertechniek

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 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 14 september 2007 over de hoogte van de vergoeding van de kosten verbonden aan de door haar in Duitsland ondergane (kijk)operatie aan de rechterknie.

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 Beter Af 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, van de Zvw.

3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "chonarthrose mediaal en lateraal". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een kijkoperatie met ablatietechniek" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 september heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor deze behandeling een vergoeding van maximaal € 1.947,00 zal worden verstrekt.

3.3. Op 11 september 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, plaatsgevonden.

3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 2 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn besluit te handhaven.

3.5. Bij brief van 29 april 2008 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.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 19 juni 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juni 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 juni 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 24 juni 2008 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 juli 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen omdat een arthroscopische laseroperatie van de knie geen behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 27 augustus 2008 gehoord. Verzoekster in persoon en de zorgverzekeraar telefonisch. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 28 augustus 2008 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 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 zij zich niet kan vinden in de hoogte van de vergoeding voor de onderhavige knieoperatie. Ten eerste is veel meer uitgevoerd dan een arthroscopie waar gemiddeld 30 minuten operatietijd voor gereserveerd wordt. In haar situatie is gedurende een operatie van drieënhalve uur het kniegewricht weer van alle ongeregelheden bevrijd.
- 4.2. Voorts is op dezelfde dag door dezelfde arts de heer X geholpen. Deze man had een identieke diagnose en bij hem is een identieke behandeling uitgevoerd. De heer X is eveneens bij de zorgverzekeraar verzekerd. De hoogte voor de vergoeding van zijn operatie is vastgesteld aan de hand van dezelfde diagnose, doch hem werd maximaal € 5.063,67 toegezegd. Op grond van het gelijkheidsbeginsel heeft verzoekster recht op dezelfde vergoeding.
- 4.3. Verzoekster is van oordeel dat een operatieverslag niet relevant is voor het toekennen van een hogere vergoeding. Op grond van de identieke diagnoseverklaring van de heer X is immers wel vooraf een hogere vergoeding toegekend. Dat dient in haar situatie ook te gebeuren.

4.4. Ter zitting is door verzoekster nog aangevoerd dat de behandeling wel gebruikelijk is en ook in Nederland wordt uitgevoerd, onder andere in de kliniek Zestienhoven. Verder heeft verzoekster naar voren gebracht dat binnen de bestaande DBC-systematiek een hogere vergoeding mogelijk is indien de behandeling meer tijd vergt.

4.5. 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 het hier niet-spoedeisende hulp in het buitenland betreft bij een niet-gecontracteerde zorgverlener. Hiervoor wordt maximaal het in Nederland geldende tarief vergoed. In de situatie van verzoekster is aanvankelijk op basis van de diagnose "chonarthrose mediaal en lateraal" gekozen voor DBC-prestatiecode 05.11.00.1801.0212, die staat voor arthrosis/gewrichtsslijtage in dagopname. Dit is een B-segment DBC-code, dat wil zeggen dat het tarief voor die behandeling wordt vastgesteld door onderhandeling tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. De gemiddelde prijs die met gecontracteerde zorgaanbieders is afgesproken voor deze DBC-prestatiecode is € 1.947,00.

5.2. Verzoekster is zorgbemiddeling aangeboden naar een wel door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

5.3. De zorgverzekeraar stelt dat uit de diagnoseverklaring van de heer X blijkt dat bij hem sprake was van een kruisbandlaesie, en dat voor hem derhalve de DBC-prestatiecode voor een voorste kruisbandplastiek zou worden verricht. In geval achteraf blijkt dat een dergelijke behandeling niet heeft plaatsgevonden, dan is abusievelijk een te hoge vergoeding uitgekeerd. Hoewel de zorgverzekeraar de vergoeding aan de heer X dan niet zal terugvorderen, kan verzoekster hieraan geen rechten ontleenen.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar gesteld dat de uitgevoerde behandeling - achteraf gezien -- niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk is, en dat de kosten om die reden niet ten laste van de zorgverzekering kunnen komen. Omdat het een niet-gebruikelijke behandeling betreft is er ook geen DBC-code. Aan de vraag of binnen de DBC-systematiek een hogere vergoeding mogelijk is wordt niet toegekommen.

5.5. 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. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) geneeskundige zorg is geregeld in de artikelen 1

tot en met 15 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering.

Artikel 1 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat:

"U heeft bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen aanspraak op onderstaande zorg. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

U heeft aanspraak op:

- verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.*

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 Dit geldt voor de volgende behandelingen:

(. . .)

- Knieoperatie (i. v. m. artrose)*

(. . .). "

Artikel 2 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering regelt de aanspraken bij een zelfstandig behandelcentrum.

"U heeft bij behandeling in een zelfstandig behandelcentrum aanspraak op:

- verpleging en verzorging;*
- 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 de 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 vergoeding van 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief"

Artikel 4 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering ziet op extramurale medisch-specialistische zorg.

"U heeft aanspraak op de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

U heeft aanspraak op:

- medisch specialistische zorg;*
- de bij de behandeling behorende 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 vergoeding van 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief"

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

"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 (. . .)."

Voor de vergoeding van behandelingen in het buitenland geldt artikel 18 waarin, voor zover hier relevant, het volgende is vermeld:

*"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 deze basis verzekering tot maximaal:

- indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;

- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief,'

- indien en voor zover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag".

- 7.2. De artikelen 1 en 18 van de algemene voorwaarden en de artikelen 2 en 4 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering", zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde 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 2.2, 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. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in deze procedure in het midden kan blijven. Met het bij brief van 14 september april 2008 schriftelijk verlenen van toestemming voor een arthroscopie met laseren bij dr. Lo in Duitsland, tegen het in Nederland geldende tarief - te weten € 1.947,00 - , is de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg en de indicatie in dit geschil beantwoord.

- 7.6. Rest de vraag naar de hoogte van de vergoeding. Met betrekking tot het tarief voor de onderhavige operatie oordeelt de commissie als volgt. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcode (DBC). De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 05.11.00.1801.0212 ziet op reguliere zorg/artrosi /operatief met dag opname. waarvoor door de zorgverzekeraar een tarief is overeengekomen van € 1.947,00. Dit betreft een DBC-code uit het B-segment, waarvoor het tarief ter vrije onderhandeling tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieders staat. Het toepassen van deze DBC-prestatiecode is naar het oordeel van de commissie, onder de omstandigheid dat de laserablatie op grond van de stand van de internationale wetenschap en praktijk niet voldoende deugdelijk en beproefd is bevonden en derhalve 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, hetgeen met zoveel woorden eveneens is bepaald in artikel 15 van de zorgverzekering. Aangezien alle meegezonden rekeningen, behoudens die van reis- en verblijfskosten, 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 op grond van de genoemde DBC-tariefcode is geëigend. Aan de beantwoording van de vraag of binnen de DBC-systematiek een hogere vergoeding voor de onderhavige behandeling mogelijk is, komt de commissie, gelet op hetgeen onder 7.6 is overwogen, niet toe.
- 7.8. Het onder 7.6 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 scholing staken 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.
- 7.9. Voor zover verzoekster een beroep doet op de vergoeding van de operatie van de heer X, oordeelt de commissie als volgt. Van een schending van het gelijkheidsbeginsel kan naar het oordeel van de commissie niet worden gesproken, aangezien gesteld noch gebleken is dat sprake is van een begunstigend beleid van de zorgverzekeraar en evenmin sprake is van een "oogmerk tot begunstiging" van (een) bepaalde verzekerde(n). Evenmin is sprake van schending van de zogenoemde meerderheidsregel. Bij toepassing van die regel gaat het erom of in de meerderheid van de met verzekerde vergelijkbare gevallen een juiste toepassing van de op voormelde regelgeving gebaseerde polisvoorwaarden achterwege is gebleven. Indien deze vraag bevestigend wordt beantwoord, dient deze - in de meerderheid van de vergelijkbare

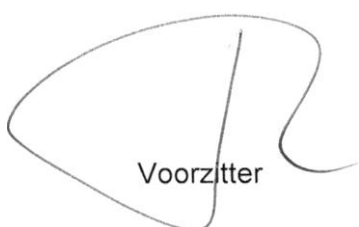
gevallen door de zorgverzekeraar gevolgd - gedragslijn ook in het geval van verzekerde te worden gevolgd. Aangezien verzoekster slechts één concreet geval heeft genoemd, waarvan uit de brief van 21 mei 2007 in samenhang met de brief van de behandelend orthopedisch chirurg aan de huisarts van 12 september 2007 duidelijk wordt dat het niet dezelfde vorm van zorg betreft, is toepassing van de meerderheidsregel in het onderhavige geval niet aan de orde. Verzoeksters beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt derhalve.

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, 10 september 2008.



Voorzitter