

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, EU-EER, korting op vergoeding niet-gecontracteerde zorg
Zaaknummer : 2008.01972
Zittingsdatum : 11 maart 2009

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.01972, geneeskundige zorg, EU-EER, korting op vergoeding niet-gecontracteerde zorg

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: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 30 juni 2008 over de hoogte van de vergoeding voor de door haar in Spanje te ondergane knieoperatie.

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 het Basispakket variant Natura (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoekster op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Basisaanvullende regeling en de Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "knieartrose". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan het plaatsen van een knieprothese in Spanje ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 juni 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is toegewezen tot een maximaal bedrag van € 10.159,-- .
- 3.3. Op 3 augustus 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij e-mail van 23 juli 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
 - 3.5. Bij brief van 25 augustus 2008 heeft verzoekster haar geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Deze bemiddeling heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
 - 3.6. Bij brief van 17 oktober 2008 heeft verzoekster 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.
 - 3.7. 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. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
 - 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 13 januari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 januari 2009 aan verzoekster toegezonden.
 - 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 januari 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
 - 3.10. Bij brief van 21 januari 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 11 februari 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen omdat de zorgverzekeraar correct heeft gehandeld bij het toepassen van het tarief dat voor de onderhavige operatie is overeengekomen met het Nederlandse ziekenhuis waar de orthopedisch chirurg werkzaam is. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
 - 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 11 maart 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.12. Bij brief van 11 maart 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 18 maart 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 zij op verzoek van haar orthopedisch chirurg in verband met *zijn* wachtlijst voor de betreffende

knieoperatie, is uitgeweken naar Spanje. De wachttijd van anderhalf jaar is te lang omdat een toenemend botverlies en bandinstabiliteit zeer riskant zou worden. Een versnelde behandeling was derhalve geïndiceerd.

- 4.2. Verzoekster wordt voor de tweede keer aan de knie geopereerd en wil, in verband met de complicaties die bij de vorige operatie zijn opgetreden, door deze orthopedisch chirurg worden geopereerd omdat hij een autoriteit is op het gebied van knieën.
- 4.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar bij e-mail van 21 juli 2008 verzocht om volledige vergoeding, dan wel ervoor te zorgen dat deze orthopedisch chirurg haar in Nederland op korte termijn zou kunnen helpen.
- 4.4. Verzoekster stelt dat voor de onderhavige operatie door twee verschillende ziekenhuizen in Den Haag een bedrag van rond de dertienduizend euro in rekening wordt gebracht. Haar is € 10.980,- in rekening gebracht. Verzoekster begrijpt dan ook niet waarom haar rekening niet volledig wordt vergoed.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij op 20 maart 2007 de eerste aanvraag heeft gedaan en dat zij pas, nadat tot driemaal toe haar dossier was zoekgeraakt, op 30 juli 2007 antwoord heeft gekregen. Inmiddels kon zij niet meer lopen van de pijn. Voorts stelt zij dat zij geen invloed heeft kunnen uitoefenen op de tarieven die de zorgverzekeraar met het ziekenhuis heeft afgesproken, omdat zij niet bij die onderhandelingen betrokken is geweest. Die contracten zijn erg onzichtbaar voor verzekerden.
- 4.6. 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 de vergoeding is vastgesteld op grond van DBC-prestatiecode 05.11.00.1801.0223. Dit is een DBC- uit het B-segment, waarvoor de zorgverzekeraar met ziekenhuizen mag onderhandelen over de prijs van de behandeling. Voor operaties die op grond van deze DBC-prestatiecode worden gedeclareerd, is de zorgverzekeraar met de door hem gecontracteerde ziekenhuizen overeengekomen dat het bedrag van € 10.159,- zal worden vergoed. Dat is dan ook het bedrag dat wordt uitgekeerd indien geen gebruik wordt gemaakt van een door de zorgverlener gecontracteerde zorginstelling. Verzoekster is daarmee in het voordeel, omdat het tarief voor deze behandeling dat is afgesproken met het ziekenhuis waar de behandelend arts in Nederland werkt, lager ligt.
- 5.2. Het tarief dat door vorengenoemd ziekenhuis op zijn website is geplaatst, te weten een bedrag van € 11.204,-, is het zogenaamde passantentarief dat het ziekenhuis in rekening brengt aan verzekerden van wie niet bekend is bij welke zorgverzekeraar zij zijn verzekerd, dan wel aan verzekerden wier verzekeringsmaatschappij geen overeenkomst heeft gesloten met het ziekenhuis voor de betreffende behandeling. Dit bedrag kan daarom niet worden gelijkgesteld aan het bedrag dat voor vergoeding in aanmerking komt.

5.3. Met betrekking tot de wachtlijstbemiddeling, stelt de zorgverzekeraar dat verzoekster daarvoor niet is aangemeld. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht verzekerden actief te verwijzen naar de afdeling wachttijdbemiddeling. Bovendien is het nog de vraag of de afdeling wachtlijstbemiddeling nog iets voor verzoekster had kunnen betekenen, nu zij uitsluitend door deze orthopedisch chirurg behandeld wilde worden.

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 en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Omdat de aanvullende verzekering geen dekking kent voor de onderhavige zorg, zal deze buiten beschouwing worden gelaten.

7. De beoordeling van het geschil

De Zorgverzekering

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) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 12 van de zorgverzekering bepaalt hoe de vergoeding is geregeld indien verzoekster gebruik maakt van een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten. Voor zover hier relevant, wordt in lid 4 van het onderhavige artikel bepaald:

"Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieder met wie [naam zorgverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [naam zorgverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders.

(...)

Uitzonderingen:

1. de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2008, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [naam zorgverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders:

(...)

- Medisch specialistische zorg (artikelen 15 tot en met 21) die geleverd wordt door een medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis

(...)"

Met betrekking tot vergoeding van zorg die in het buitenland is genoten, bepaalt artikel 9.1, voor zover hier van belang:

*"Verzekerde woonachtig in Nederland
De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:*

(...)

- vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van de verzekeringsvoorwaarden;

(...)."

Artikel 28 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt ten aanzien van zorg- en wachtlijstbemiddeling het volgende:

*Omschrijving:
aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbaar lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens het [naam zorgverzekeraar] Basispakket. Als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kan de verzekerde een beroep doen op de afdeling zorgbemiddeling van [naam zorgverzekeraar]. (...). Als geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet tijdig kan worden geleverd, mag de verzekerde gebruik maken van een zorgaanbieder waarmee [naam zorgverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten. De vergoeding van de kosten van deze zorg zal [naam zorgverzekeraar] vergoeden tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als geen Wmg-tarieven meer gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijk passend is te achten."*

- 7.2. De regeling in de artikelen 9, 12 en 28 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering/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 2.1, 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 is vervolgens 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. In geschil is of de zorgverzekeraar, onder de onderhavige omstandigheden, gehouden is de rekening van de door verzoekster in Spanje ondergane knieoperatie volledig te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.6. Wat betreft 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 en verzoeker gehanteerde DBC-prestatiecode 05.11.00.1801.0223 ziet op reguliere zorg/artrosis /operatief met klinische episode(n). Dit betreft op het moment van de operatie een DBC-prestatiecode uit het B-segment, waarvoor de zorgverzekeraar met zorgverleners mag onderhandelen over de prijs van het ziekenhuisdeel van de behandeling. Voor de vergoedingen van die restitutie zorg, heeft de zorgverzekeraar een lijst opgenomen in het Reglement Restitutie 2008. Het bij de onderhavige DBC-prestatiecode genoemde tarief is een bedrag van € 8.126,--. Aangezien de zorgverzekeraar voor de onderhavige behandeling een bedrag van € 10.159,-- heeft vergoed, dat is € 2.033,-- meer dan het tarief dat krachtens de verzekeringsovereenkomst is vastgelegd voor de onderhavige behandeling, is de commissie op die grond van oordeel dat de zorgverzekeraar ruimschoots aan zijn restitutieplichting heeft voldaan.
- 7.7. 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 marktomsandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.
- 7.8. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat het onderhavige ziekenhuis een bedrag van € 11.204,-- voor de onderhavige operatie in rekening brengt oordeelt de commissie als volgt. Op de website van het ziekenhuis, waar de link naar de overzichtstarieven voor de B-segment DBC-prestatiecode is te vinden, staat eveneens vermeld:

"Gevolgen voor de patiënt/contracten zorgverzekeraars

(...)

Indien een zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten met het [naam ziekenhuis] gelden de prijzen zoals in de prijslijst staan vermeld. Neem in dat geval altijd contact op met uw zorgverzekeraar om te vragen of deze de kosten voor de behandelingen wel (volledig) vergoedt. (...)"

Ten behoeve van de (verplichte) publieksvoorlichting over de prijzen van de B-segment DBC-prestatiecodes is door het ziekenhuis een lijst met codes en tarieven gepubliceerd. Daarbij is door het ziekenhuis aangegeven dat deze tarieven gelden voor zover met de zorgverzekeraars geen overeenkomsten zijn gesloten voor deze behandelingen. Met de zorgverzekeraar van verzoekster zijn nadrukkelijk wel overeenkomsten gesloten. Indien een zorgaanbieder, die in dit ziekenhuis werkzaam is, om hem moverende redenen afwijkt van de door de zorgverzekeraar met het ziekenhuis afgesproken tarieven, bijvoorbeeld omdat hij gebruik maakt van de faciliteiten van een ander ziekenhuis, waardoor de (hoogte van) de vergoeding voor die zorg door een zorgverzekeraar mogelijk niet toereikend zal zijn, ligt het op de weg van de zorgaanbieder zijn patiënt daarover te informeren. Het nalaten daarvan kan, naar het oordeel van de commissie, de zorgverzekeraar niet worden tegengeworpen, nu verzoekster er zelf voor heeft gekozen zich te laten behandelen in een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorginstelling.

- 7.9. Met betrekking tot een eventuele wachtlijstbemiddeling in Nederland in samenhang met verzoeksters e-mail van 21 juli 2008 oordeelt de commissie als volgt. In de onderhavige e-mail is de volgende tekst opgenomen:

"(...) Ik verzoek u uw besluit om een eigen bijdrage te betalen te herzien en de kosten volledig te vergoeden, of ervoor te zorgen dat [naam medisch specialist] mij op korte termijn in Nederland kan opereren."

Ten aanzien hiervan merkt de commissie op dat op grond van artikel 28 aanspraak staat op bemiddeling van zorg, maar niet zonder meer op bemiddeling van zorg door een bepaalde zorgaanbieder. Ook al zou het e-mailbericht in kwestie van 21 juli 2008 als een verzoek om wachtlijstbemiddeling (voor behandeling door deze specifieke zorgverlener) zijn op te vatten, dan nog ontbrak aan een zodanig verzoek toch de noodzakelijke medische onderbouwing, terwijl overigens de zorgverlener verzoekster met voorrang op de wachtlijst had kunnen plaatsen. Het voorgaande komt er dus op neer dat verzoekster niet met een beroep op de wachtlijsten, noch met beroep op een gedaan verzoek om wachtlijstbemiddeling waaraan geen gevolg is gegeven, recht kan doen gelden op een hogere vergoeding dan waarop recht bestaat krachtens de zorgverzekering.

- 7.10. Voor zover verzoekster stelt dat zij geen partij is bij de contracten tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis en zij evenmin inzicht heeft gehad in die contracten, zodat deze haar niet kunnen worden tegengeworpen, merkt de commissie het volgende op. Verzoekster heeft gekozen voor een overeenkomst met haar zorgverzekeraar. Uit het Restitutie Reglement van deze zorgverzekeraar, waarin onder andere de aanspraken op grond van die overeenkomst zijn vastgelegd, is het bedrag kenbaar dat de zorgverzekeraar voor de onderhavige operatie vergoedt. Dat verzoekster niet betrokken is geweest bij de onderhandelingen tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar, doet daaraan niet af.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 maart 2009,

Voorzitter