

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, hoogte vergoeding, EU-EER
Zaaknummer	: 2008.01802
Zittingsdatum	: 8 april 2009

Zaak: 2008.01802 (Geneeskundige zorg, hoogte vergoeding, EU-EER)

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, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

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 26 november 2007 een knieoperatie in Nordhorn (Duitsland) slechts tot een bedrag van € 2.147,15 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 ZorgZó 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). Voorts waren ten behoeve van verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekeringen).
- 3.2. De behandelend arts in de kliniek te Nordhorn heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "arthrose, chondraler Defekte/Meniskopathie, corpus liberum". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "eine ausführliche Ablatio Chondroplastik, (teil)-Meniskusentfernung, Nettoyage und Entfernung Corpus liberum/pendulum" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). De kosten hiervan werden geraamd op € 4.820,00. Bij brief van 26 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar aanspraak tot een maximaal bedrag van € 2.147,15 wordt toegewezen.
- 3.3. Op 27 november 2007 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 brief van 7 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te

handhaven.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 18 december 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog geheel in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 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.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 16 februari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 februari 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 maart 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 18 februari 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 23 maart 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het advies van de medisch adviseur blijkt dat arthroscopie bij arthrose van de knie op basis van twee RCT's (random clinical trials) niet zinvol is. Daarom moet de conclusie luiden dat deze ingreep niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en derhalve niet behoort tot de verzekerde prestaties. Een afschrift van het CVZ-advies is op 24 maart 2009 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 8 april 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 9 april 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 15 april 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 vóór de ingreep sprake was van een ernstige gonarthrose, zowel op de laterale condylen als retropatellair. Zij heeft gekozen voor een operatie bij de kliniek in Nordhorn. Tijdens deze operatie bleek behalve de slijtage aan de knie, ook sprake te zijn van letsel aan de meniscus. Deze is daarom in dezelfde operatie behandeld. Uit verschillende publicaties van DBC's blijkt dat voor de betreffende behandeling in dagopname

andere bedragen worden gehanteerd dan het bedrag dat de zorgverzekeraar heeft toegepast.

- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. Zij heeft voor Nordhorn gekozen omdat men in Nederland niets meer voor haar kon doen. Vanwege haar leeftijd was een nieuwe knie geen optie. Verzoekster heeft ervoor gekozen geregistreerd bekkenfysiotherapeut te worden, omdat zij haar werk dan zittend kan doen. Ook heeft zij bepaalde activiteiten aangepast, bijvoorbeeld op het gebied van sport, met als doel het behoud van de kwaliteit van leven. Verzoekster stelt dat de behandeling wel in overeenstemming is met de stand van de wetenschap en praktijk, maar dat nog geen sprake is van evidence based medicine.

- 4.3. 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 naar aanleiding van het operatieverslag en de nota's door hem is vastgesteld dat de slijtage aan de knie het primaire doel van de behandeling was. Voor een dergelijke behandeling bestaan vaste, marktconforme tarieven. De behandeling wordt daarmee vastgesteld op DBC 05.11.00.1801.0211 met een bijbehorend tarief van € 1.730,99. Gezien de complexiteit en het feit dat ook een behandeling van de meniscus heeft plaatsgevonden worden de kosten vergoed tot maximaal € 2.147,15 (DBC 05.11.00.1805.0212).

- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij het standpunt van verzoekster begrijpt. De arts in kwestie voert de behandeling al een aantal jaren uit, en schijnt ook onderzoek te doen in samenwerking met het UMC. Daarvan zijn evenwel nog geen resultaten bekend. De zorgverzekeraar heeft al meer aan verzoekster vergoed dan hij blijkens het advies van het CVZ had moeten doen.

- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de betaling van het maximaal bedrag van € 2.147,15 juist is.

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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekeringen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het geschil spitst zich toe op de vraag of ter zake van de door verzoekster in het buitenland ondergane knieoperatie door de zorgverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. 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 geneeskundige zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 8.4 Geneeskundige zorg

1. 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 (...).”

- 7.3. Artikel 8 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 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 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Nu de zorgverzekeraar tot vergoeding is overgegaan, wordt door partijen kennelijk niet betwist dat de betreffende behandeling een verzekerde prestatie is in de zin van de zorgverzekering, dat een (verzekerings-)indicatie aanwezig is, en dat deze behandeling doelmatig is. Dan rest nog de vraag of bij de vergoeding de juiste DBC-code is gehanteerd.
- 7.7. De zorgverzekeraar heeft vergoeding verleend conform DBC-code 05.11.00.1805.0212 met een bijbehorende omschrijving “Reguliere zorg / Meniscuslaesie / Dagbehandeling door orthopedie / Operatief met dagopname(n)”. Het betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor blijkens de tariefapplicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit het tarief een gegeven is, te weten € 1.763,00. De zorgverzekeraar is overgegaan tot een vergoeding ten bedrage van € 2.147,15. De commissie is van oordeel dat de zorgverzekeraar de juiste DBC-code heeft gehanteerd.
- 7.8. 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 scholingstaken 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. Indien echter een zorgverzekeraar, om hem moverende redenen, van oordeel is dat ter zake van een uit het buitenland afkomstige declaratie toch een aanvullende vergoeding op basis van het verreken-tarief geboden dient te worden, welke toezegging de zorgverzekeraar overigens in een later stadium niet meer kan intrekken, dan zal de commissie in die beslissing niet treden en dit verreken-tarief toepassen op elke uit te keren DBC-code.

7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 april 2009,

Voorzitter