



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Buitenland, Zwitserland, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, neuscorrectie
Zaaknummer : 201500043
Zittingsdatum : 4 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een neuscorrectie die is uitgevoerd te Lausanne, Zwitserland (verder: de aanspraak). Bij brief van 26 februari 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde ingreep. Omdat de behandeling is uitgevoerd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, worden de kosten hiervan vergoed tot een maximumbedrag, te weten € 2.962,75.

3.2. Op 8 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat "DBC-Zorgproduct 199299033 15D062" van toepassing is op de behandeling die zij heeft ondergaan. Hiervoor wordt een bedrag van € 2.962,75 vergoed.

3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 oktober 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te herzien. Na herbeoordeling heeft de zorgverzekeraar besloten dat zorgproduct 990004055 van toepassing is. Deze heeft als omschrijving: "rechtzetten van het neustussenschot bij plastische chirurgie aan het gezicht". Het bijpassende tarief is € 4.213,25. Aangezien aan verzoekster reeds een bedrag van € 2.962,75 is vergoed, wordt het verschil van € 1.250,50 aan haar nabetaald.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.5. Bij brief van 4 mei 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de uitgevoerde neuscorrectie alsnog volledig, of in ieder geval tot een hoger bedrag dan de reeds toegekende € 4.213,25, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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 de commissie bij brief van 5 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 augustus 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 augustus 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 15 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 6 augustus 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 september 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015095591) bij wege van voorlopig advies aan de commissie medegedeeld dat in de onderhavige situatie DBC 990004050 inhoudelijk de meest passende DBC is bij een door een plastisch chirurg uitgevoerde rhinoplastiek. Onder deze DBC valt ook zorgactiviteit 032083 (neusreconstructie: reconstructie neusskelet met behulp van kraakbeen en/of bot). Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 4 november 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Aangezien de hoorzitting heeft plaatsgevonden ten overstaan van twee commissieleden, heeft de commissie de aantekeningen, die zijn gemaakt tijdens de hoorzitting, aan partijen gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 11 november 2015 geregeerd op voornoemde aantekeningen. Een afschrift van deze brief is op 16 november 2015 aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 3.12. Bij brief van 16 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de reactie hierop van verzoekster gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 27 november 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut merkt hierbij op dat wordt uitgegaan van een gemiddeld tarief voor een behandeling bij een bepaalde diagnose, het gaat niet om een optelsom van daadwerkelijk uitgevoerde activiteiten. Een afschrift van het definitief advies is ter kennisname aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar bij brief van 10 juli 2013 verzocht om toestemming voor een rhinoplastiek, uit te voeren door dr. Chami te Lausanne. Deze operatie is op 18 juli 2013 uitgevoerd. Uit het operatieverslag blijkt dat een open rhinoplastiek heeft plaatsgevonden, waarbij onder meer weefsel uit haar oor is gebruikt.
- 4.2. Verzoekster heeft in Nederland geen plastisch chirurg kunnen vinden die de onderhavige operatie durfde te verrichten. Daarom was zij genoodzaakt deze in Zwitserland te laten uitvoeren.
- 4.3. Bij verzoekster is op 18 juli 2013 een reconstructieve rhinoplastiek uitgevoerd. Deze ingreep was medisch noodzakelijk, omdat verzoekster ademhalingsproblemen had. De zorgverzekeraar is bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van zorgproduct 990004055. Dit

zorgproduct heeft betrekking op het rechtzetten van het neustussenschot. De uitgevoerde ingreep omvatte echter veel meer. Daarom is zorgproduct 990004050 (grote hersteloperatie van de neus door een plastisch chirurg) van toepassing. Verzoekster heeft een Nederlandse plastisch chirurg gevraagd welk zorgproduct en welk tarief hij bij de onderhavige operatie zou hanteren. Volgens deze plastisch chirurg, die is verbonden aan het UMC Utrecht, wordt voor de onderhavige operatie in Nederland declaratiecode 17E355 (met zorgproduct 990004055) gehanteerd, waarvoor € 6.875,-- wordt gefactureerd. Dit is dus een veel hoger bedrag dan de door de zorgverzekeraar uiteindelijk toegekende vergoeding van € 4.213,25.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. In reactie op het nader commentaar van de zorgverzekeraar van 6 augustus 2015 merkt verzoekster op dat destijds inderdaad toestemming is gevraagd, te weten op 10 juli 2013. De operatie is uitgevoerd op 18 juli 2013. Dat was een beetje kort dag. Na haar operatie in 1999 zijn er allerlei hersteloperaties geweest. Daar is ook steeds toestemming voor gevraagd, soms al zeer lang van tevoren. Hierop is echter door de zorgverzekeraar nooit gereageerd. Er was in Nederland geen arts die verzoekster durfde te behandelen. Zij heeft de kwestie destijds voorgelegd aan de Centrale Raad van Beroep (hierna: CRvB). Deze heeft geoordeeld dat de ingreep door de ziektekostenverzekeraar moest worden vergoed (05-4840 Zfw). Uit deze uitspraak blijkt ook waarom de operatie niet in Nederland kon plaatsvinden, en welke artsen verzoekster heeft geraadpleegd. Verzoekster benadrukt dat zij behandeld moest worden. Uiteindelijk is zij - op advies van een andere arts - bij dr. Chami terecht gekomen. Aanvankelijk heeft de zorgverzekeraar een vergoeding toegekend van 60 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief, later is dit verhoogd naar 100 percent. Verzoekster merkt op dat zorgaanbieders in het buitenland niet zijn gecontracteerd. Van het UMC heeft spreekster het gemiddelde tarief voor deze behandeling vernomen. Verzoekster benadrukt dat de tarieven van alle ziekenhuizen moeten worden meegenomen bij de vaststelling van het gemiddelde tarief. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat de door het ziekenhuis genoemde tarieven de zogenoemde passantentarieven zijn. Dit klopt niet, want volgens het UMC gaat het om een tarief dat in overleg met de zorgverzekeraar tot stand is gekomen. Bovendien kent een academisch ziekenhuis een academische component. Ten aanzien van de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code merkt verzoekster op dat dr. Chami heeft haar verteld dat tijdens de operatie veel meer is gebeurd dan onder de omschrijving van de betreffende DBC valt. Bovendien komt de zorgverzekeraar met een KNO-code, terwijl de ingreep is uitgevoerd door een plastisch chirurg. Verzoekster heeft onderzoek gedaan naar de toepasselijke DBC-codes. Hieruit zijn de volgende codes naar voren gekomen: voor de ingreep zelf declaratiecode 17E355, DBC-code 990004050, dan code 190060 voor het polikliniekbezoek, code 190218 voor de verpleegligdagen en code 032061 voor de collectieve chirurgische verrichting. De bijbehorende tarieven weet verzoekster niet, aangezien die worden bepaald door de zorgverzekeraar. Verzoekster voert aan dat de door haar ondergane neusoperaties erg op elkaar lijken. Zij verwijst naar de uitspraak van de CRvB. In deze uitspraak staan tevens de namen van de in Nederland gevestigde artsen die haar niet konden behandelen.

- 4.5. Verzoekster heeft bij brief van 11 november 2015 gereageerd op de aantekeningen van de hoorzitting. Hierin heeft zij hetgeen zij ter zitting heeft aangedragen, herhaald.

- 4.6. 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 heeft op 15 juli 2013 van verzoekster een aanvraag ontvangen voor een neuscorrectie, uit te voeren te Lausanne. Bij de aanvraag was te weinig informatie gevoegd om deze te kunnen beoordelen. Zelfs als beoordeling wel mogelijk was geweest, had de zorgverzekeraar niet tijdig, dat wil zeggen voordat de operatie werd uitgevoerd, tot een inhoudelijk oordeel kunnen komen, aangezien de ingreep reeds op 18 juli 2013 is verricht. Twee dagen is hiervoor veel te kort.

In de onderhavige situatie is niet tijdig om toestemming gevraagd. Voor zover verzoekster een beroep wilde doen op Vo. nr. 883/2004 blijft deze buiten toepassing.

- 5.2. Bij beslissing van 26 februari 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde ingreep, omdat sprake was van een trauma, en verzoekster ademhalingsproblemen had. Aangezien de behandeling is uitgevoerd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, worden de kosten hiervan vergoed tot 60 percent van het door de zorgverzekeraar gecontracteerde bedrag.
- 5.3. Verzoekster stelt dat in Nederland niemand de onderhavige operatie wilde uitvoeren. Zij heeft deze stelling evenwel niet onderbouwd. De juistheid hiervan wordt daarom door de zorgverzekeraar bestreden. Bovendien heeft verzoekster de zorgverzekeraar geen kans gegeven om voor haar te bemiddelen naar een gecontracteerde zorgaanbieder.
- 5.4. In eerste instantie is voor de vaststelling van de hoogte van de vergoeding van de onderhavige operatie zorgproductcode 990004050 gehanteerd. Deze past beter bij de behandeling, maar kent een lagere vergoeding. Daarom is na heroverweging gekozen voor zorgproductcode 990004055. De door de Nederlandse plastisch chirurg gekozen declaratiecode hoort bij zorgproductcode 990004050 en kent dus een lager tarief dan de vergoeding die in tweede instantie aan verzoekster is toegekend.
- 5.5. In de offerte van de Nederlandse plastisch chirurg wordt een substantieel hoger bedrag genoemd dan de vergoeding die is opgenomen in de door de zorgverzekeraar gehanteerde lijst. De tarieven voor de zorgproducten, waarover het in de onderhavige kwestie gaat, zijn niet vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), maar komen tot stand door onderhandeling tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Het in de offerte genoemde tarief is een passantentarief. Dit betekent dat het tarief door het ziekenhuis zelf is vastgesteld voor zorg die niet is gecontracteerd door de zorgverzekeraar. De tarieven die de zorgverzekeraar hanteert, zijn daarentegen het resultaat van onderhandelingen, en zijn dus logischerwijs lager. Eén van de redenen voor het contracteren van zorg is namelijk het beheersen van de zorgkosten.
- 5.6. In eerste instantie heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster een vergoeding toegezegd van 60 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief voor de behandeling. Omdat de vergoeding nogal lang op zich heeft laten wachten, heeft de zorgverzekeraar evenwel besloten de korting van 40 percent niet toe te passen. Verzoekster heeft dus een vergoeding gekregen ter hoogte van het door de zorgverzekeraar voor deze behandeling gemiddeld gecontracteerde tarief. De door de zorgverzekeraar in eerste instantie gekozen zorgproductcode (990004050) paste beter bij de behandeling maar kende een lagere vergoeding. Daarom is uiteindelijk gekozen voor zorgproductcode 990004055.
- 5.7. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de door verzoekster genoemde codes voor ligdagen, polikliniekbezoek, en de operatie integraal zijn opgenomen in de DBC-code 990004050 dan wel 0990004055. Deze kunnen dus niet los worden gedeclareerd. Het zou kunnen dat de code eindigend op 4050 passender is voor de uitgevoerde ingreep, maar hierbij hoort een lagere vergoeding. Verder zou het kunnen dat de zorgverzekeraar met UMC een hoger bedrag heeft afgesproken, maar er wordt voor de vaststelling van de vergoeding altijd uitgegaan van het gemiddelde tarief van alle gecontracteerde ziekenhuizen.
De procedure die in het verleden bij de CRvB heeft gelopen, heeft nog betrekking op de Ziekenfondswet. Destijds is bepaald dat sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als gevolg van een ademhalingsstoornis. Het gaat nu om een nieuwe ingreep, namelijk als gevolg van een trauma. Er had opnieuw kunnen worden gezocht naar een arts die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd en die de ingreep kan uitvoeren. Voorafgaande toestemming is in deze gevallen niet nodig. Het enige gevolg van het niet vragen om toestemming, is dat vooraf geen duidelijkheid bestaat over de vergoeding.
De zorgverzekeraar merkt op dat op de lijst, die bij productie 19 van het nader commentaar is gevoegd, per DBC het gemiddelde wordt vermeld van de gecontracteerde tarieven. Deze worden uitbetaald als iemand naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

5.8. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en hierover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is de hoogte van de ten laste van de zorgverzekering toegekende vergoeding ter zake van de te Lausanne, Zwitserland, uitgevoerde neuscorrectie.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

- U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
(...)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum als daaraan een medisch specialist verbonden is. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met Menzis, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.menzis.nl/vergoedingen. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen.

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). U heeft ook voorafgaande toestemming van Menzis nodig.”

8.4. Artikel B3.2 van de zorgverzekering betreft de vergoeding die wordt verleend indien de zorg wordt betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en luidt:

"Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, dan vergoedt Menzis de kosten tot een maximumbedrag. Hoeveel dat is, ziet u in de artikelen B10 tot en met B38 bij de verschillende vormen van zorg. De maximale bedragen zijn een percentage van het tarief dat Menzis gemiddeld voor deze behandeling heeft gecontracteerd. Het percentage kan per zorgvorm verschillen. Bij sommige vormen van zorg wordt verwezen naar een lijst met maximale bedragen. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Let op

Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking."

- 8.5. Artikel B9 van de zorgverzekering betreft zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het gemiddeld door Menzis in Nederland gecontracteerde tarief.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland. (...)"

- 8.6. De artikelen B3.2, B9 en B27 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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. Behandeling van plastisch chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij

een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004, die ook van toepassing is op Zwitserland, luidt, voor zover hier van belang:

“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

*2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.
(...)”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster is naar Zwitserland gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Zwitserland is weliswaar geen lidstaat van de Europese Unie, maar op grond van de 'Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten enerzijds, en de Zwitserse Bondsstaat anderzijds, over het vrije verkeer van personen' is Vo. nr. 883/2004 eveneens van toepassing op Zwitserland. Artikel 20 van die verordening ziet op de situatie waarin de verzekerde naar een andere EU-lidstaat gaat teneinde daar de zorg te betrekken.
- 9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de zorgverzekeraar om toestemming gevraagd. Zij is hierbij gehouden de zorgverzekeraar een redelijke termijn te gunnen voor de verwerking van dit verzoek. Door de zorgverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet weersproken, dat de aanvraag werd gedaan op 15 juli 2013. De operatie vond plaats op 18 juli 2013. Gezien de medische situatie van verzoekster is een termijn van twee dagen niet te beschouwen als een redelijke termijn zodat de situatie vergelijkbaar is met die waarin voorafgaand aan de behandeling in het geheel geen toestemming is gevraagd. De verordening vindt derhalve geen toepassing en er dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. De zorgverzekering biedt op grond van artikel B27 aanspraak op plastische chirurgie. Op grond van artikel B9 van de zorgverzekering bestaat ook aanspraak indien deze zorg in het buitenland wordt verleend. Als de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten met de betreffende zorgaanbieder, heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van hetzelfde tarief als wanneer hij in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn behandeld. Tussen partijen is niet in geschil dat de betreffende zorgaanbieder niet is gecontracteerd door de zorgverzekeraar. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de zorgverzekeraar de juiste zorgproductcode heeft gehanteerd voor de vaststelling van de vergoeding, en of door hem de juiste vergoeding is verleend.
- 9.4. Op grond van artikel B3.2 van de zorgverzekering heeft verzoekster voor zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanspraak op vergoeding van een percentage van het gemiddeld door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarief voor de betreffende behandeling. Het toepasselijke percentage wordt in de artikelen B10 tot en met B38 van de zorgverzekering vermeld. In artikel B27 van de zorgverzekering is bepaald dat voor plastische chirurgie door een

niet-gecontracteerde zorgaanbieder 60 percent van het gemiddeld door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarief wordt vergoed. Uit het dossier is gebleken dat de zorgverzekeraar in de onderhavige situatie niet de korting van 40 percent heeft toegepast, zodat de vraag naar de rechtmatigheid van deze korting onbeantwoord kan blijven.

- 9.5. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcombinatie (DBC). Deze regeling is op 1 januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC heeft een maximale looptijd van één jaar.
- 9.6. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de zorgverzekeraar in eerste instantie uitgegaan van het zorgproduct 199299033, met declaratiecode 15D062. De zorgverzekeraar had hiervoor een vergoeding van € 2.962,75 toegekend. Na heroverweging heeft de zorgverzekeraar de zorgproductcode 990004055 gehanteerd voor het vaststellen van de vergoeding. Deze zorgproductcode heeft als omschrijving: *"rechtzetten van het neustussenschot bij plastische chirurgie aan het gezicht"*. De maximale vergoeding hiervoor bedraagt volgens de lijst 'Lijst met maximale vergoedingen medisch specialistische zorg niet-gecontracteerde zorgaanbieders (marktconforme tarieven)' € 4.213,25. Verzoekster heeft betoogd dat zorgproductcode 990004050 beter past bij de operatie die zij heeft ondergaan. Dit is bevestigd door de Nederlandse plastisch chirurg die zij heeft geraadpleegd en wordt ook door de zorgverzekeraar onderschreven. In het advies van het Zorginstituut van 7 september 2015 wordt genoemde zorgproductcode ook opgevoerd als zijnde de meest passende. Het bijbehorende gemiddeld gecontracteerde tarief is echter lager dan de vergoeding die de zorgverzekeraar reeds aan verzoekster heeft toegekend, namelijk € 2.488,10. De commissie neemt aan dat verzoekster niet de intentie heeft om een lagere vergoeding te vorderen dan reeds aan haar is verleend, en ziet daarom geen aanleiding te bepalen dat laatstgenoemd tarief moet worden toegepast.
- 9.7. Kennelijk meent verzoekster op basis van de brief van 12 december 2014 van het UMC Utrecht dat bij zorgproductcode 990004050 een ander, hoger tarief hoort. Het in de offerte opgegeven tarief betreft het zogenoemde passantentarief. Dit tarief komt niet tot stand door onderhandeling tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar, maar wordt door het ziekenhuis zelf vastgesteld. Het ligt derhalve hoger dan het gecontracteerde tarief. In artikel B27 van de zorgverzekering is bepaald dat de vergoeding van zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt berekend aan de hand van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld heeft gecontracteerd voor de betreffende behandeling. Het passantentarief speelt dus geen rol bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding voor de behandeling.
- 9.8. Verzoekster heeft voorts betoogd dat in Nederland geen arts was die de onderhavige operatie wilde uitvoeren, en dat zij daarom genoodzaakt was zich in Zwitserland te laten opereren. Dat verzoekster een indicatie had voor de operatie staat niet ter discussie. Er is echter niet gebleken dat deze operatie alleen in Zwitserland kon worden uitgevoerd. Verzoekster heeft onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de operatie niet bij een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland of daarbuiten kon plaatsvinden. Evenmin heeft zij de zorgverzekeraar verzocht haar te helpen bij het vinden van een gecontracteerde zorgaanbieder die de ingreep zou kunnen uitvoeren. Het betoog van verzoekster treft daarom geen doel.
- Verzoekster heeft ter zitting verwezen naar de uitspraak van de CRvB, waarin een opsomming zou zijn gegeven van de Nederlandse zorgverleners die verzoekster niet konden helpen. Deze uitspraak uit 2007 heeft echter betrekking op de situatie uit 2003 en 2004. Hieruit is niet op te maken dat de hierin genoemde artsen verzoekster in 2013 niet konden behandelen, noch dat er in 2013 geen andere gecontracteerde zorgaanbieders waren die verzoekster konden behandelen. Het beroep van verzoekster op voornoemde uitspraak kan haar daarom niet baten.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 december 2015,



P.J.J. Vonk

