

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, behandeling chronische klachten
rechterschouder
Zaaknummer : 2009.00432
Zittingsdatum : 23 september 2009

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, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D

en

E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 25 maart 2008 de door verzoeker ondergane behandeling in Stadtlohn (Duitsland) aan de rechterschouder tot maximaal € 607,40 te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgKeuzepolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoeker op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de aanvullende verzekering Top PZP (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "persisterend radiculair syndroom ter hoogte van C7-Th1 rechts". De zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een neurologisch consult" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 maart 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 25 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 10 februari 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering dan wel de aan-

vullende ziektekostenverzekering in te willigen.

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
 - 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 22 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 mei 2009 aan verzoeker gezonden.
 - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en ziektekostenverzekeraar hebben op 3 juni 2009 respectievelijk 4 september 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
 - 3.8. Bij brief van 28 mei 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 17 juni 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen omdat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-prestatiecode is toegepast voor de onderhavige behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
 - 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 september 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.10. Bij brief van 24 september 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 29 september 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in het verleden al door dr. Abbink is geopereerd.
 - 4.2. De hoogte van de vergoeding voor de door hem in 2008 in Duitsland ondergane behandelingen doet naar het oordeel van verzoeker geen recht aan zijn persoonlijke omstandigheden, maar is gebaseerd op rigide toepassing van de polisvoorwaarden.
 - 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat er discriminatie is tussen de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Wanneer hij in Nederland eenzelfde behandeling had ondergaan, zou deze wel volledig zijn vergoed. In het verleden is verzoeker door dr. Abbink met succes geopereerd, waarbij een verlamming van zijn been is verholpen. Daarom heeft hij er vertrouwen in dat ook deze operatie op de juiste wijze wordt uitgevoerd. Daar komt bij dat geen wachtlijst bestaat bij dr. Abbink, terwijl dat in Nederland wel het geval is.

Verzoeker stelt dat hij zich op de 'hardheidsclausule' beroept, in die zin dat het onredelijk is hem voor zulke hoge kosten te stellen.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor dit geschil van belang, dat de hoogte van de vergoeding voor de betreffende zorg geheel overeenkomstig de voorwaarden van de zorgverzekering is. Voor de onderhavige behandeling is DBC-prestatiecode 05.11.00.1203.0111, waarvan het tarief € 401,90 bedraagt, vastgesteld, hetgeen met toepassing van het verrekenpercentage voor het ziekenhuisdeel aanspraak geeft op een vergoeding van € 607,40.

5.2. De afwijzing van de nota's berust derhalve niet op een afwijzing van het zorgtype, maar op het door verzoeker reeds vergoed hebben gekregen van het maximale DBC-tarief voor de onderhavige zorg.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg hetzelfde bedrag wordt betaald. Dat komt omdat verzoeker een restitutiepolis heeft afgesloten. Bij een naturapolis wordt bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener een lagere vergoeding verleend. Dat is in de situatie van verzoeker niet aan de orde. Het verschil in bedragen komt voort uit het feit dat niet de daadwerkelijke kosten, maar het Nederlands tarief wordt vergoed. In het geval van verzoeker was het Nederlands tarief lager dan hetgeen de behandeling heeft gekost, zodat de meerkosten voor eigen rekening blijven. Bij vaststelling van het Nederlands tarief wordt uitgegaan van de DBC-systematiek. Wanneer geen DBC-code kan worden vastgesteld, baseert de ziektekostenverzekeraar zich op het marktconforme tarief.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is de hoogte van de vergoeding voor de in Stadtlohn genoten medisch specialistische zorg. Aangezien de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking kent voor de onderhavige zorg, zal het geschil uitsluitend op grond van de zorgverzekering worden beoordeeld.

7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat:

“Lid 3 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een instelling voor medisch specialistische zorg. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.”

Artikel 11 van de zorgverzekering bepaalt ten aanzien van het buitenland:

“Lid 1. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.”

Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt met betrekking tot de wijze van prestatie, voor zover hier relevant het volgende:

*“Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling.
De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
a. het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
b. indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.”*

- 7.3. De artikelen 11, 18 en 20 van de zorgverzekering zijn 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 in voorkomend geval, 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 de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 Bzv is bepaald dat bij het vaststellen van de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen worden medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat in deze procedure de beantwoording van de vraag of sprake is van medisch-specialistische zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in het midden kan blijven. Met het overgaan tot vergoeding van de onderhavige behandeling, tegen het in Nederland geldende tarief, is de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg en de indicatie in dit geschil beantwoord.
- 7.7. 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 ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-prestatiecode 05.11.00.1203.0111 ziet op “reguliere zorg/cervico-brachialgie /

conservatief, poliklinisch”, hetgeen ook naar het oordeel van de commissie de meest passende DBC-prestatiecode is. Dit betreft op het moment van de operatie een DBC-prestatiecode uit het A-segment. Vast staat dat het bij die code behorende tarief ten tijde van de aanvraag € 401,90 bedroeg, zoals blijkt uit de NZa-Tariefapplicatie.

- 7.8. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Aangezien alle meegezonden rekeningen 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-tariefcode is geëigend.
- 7.9. Het onder 7.7 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 ziektekostenverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief. Naast het DBC-tarief werd voorheen door de Nederlandse Zorgautoriteit per ziekenhuis en per periode een verrekenpercentage vastgesteld. Dit percentage, dat de vorm kon hebben van een toeslag, maar ook van een korting, diende onder andere ter compensatie van onderzoeks- en scholingstaken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld, en was afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds. Nu het verrekenpercentage afhankelijk was van de situatie in het ziekenhuis, en het – anders dan het DBC-tarief – niet rechtstreeks verband hield met de uitgevoerde behandeling, en daarenboven blijkt het besluit van de NZa van 24 september 2007 met ingang van 1 januari 2008 is komen te vervallen, ziet de commissie geen dwingende reden in geval van behandeling in het buitenland een toeslag of korting toe te passen. Indien de ziektekostenverzekeraar om hem moverende reden, met het oog op het verrekenpercentage, toch meer te moeten vergoeden dan het bedrag van het DBC-tarief ad € 401,90, zal de commissie daarin niet treden.
- 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, 7 oktober 2009,

Voorzitter