

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, hoornvliestransplantatie
Zaaknummer : 2007.2042
Zittingsdatum : 23 juli 2008

Zaak: 2007.2042, geneeskundige zorg, hoornvliestransplantatie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. Al.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, 2.10 Rzv)

1 Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C te D

tegen

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

De bestreden beslissing

2

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 16 juli 2007 een posterieure lamellaire keratoplastiek te vergoeden tot maximaal € 1.334,08.

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 Zorgverzekering variant Natura (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 Zvw.

3.2. De behandelend oogarts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "keratoconus (diagnosecode 0457)". Hij heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij brief van 20 april 2007, bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een posterieure lamellaire keratoplastiek middels de OS EK methode met DBC-code 01.11.00.0457.0066" ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster heeft vervolgens een declaratie ingediend volgens de DBC-code 01.11.00.0457.0063 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak op een vergoeding van meer dan € 1.334,08 is afgewezen.

3.3. Op 10 juli 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 18 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn besluit te handhaven.

- 3.5. Bij brief van 4 december 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden 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 25 maart 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 april 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 april 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 3 april 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 29 april 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de zorgverzekeraar de juiste DBC-prestatiecode heeft toegepast. 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 23 juli 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 23 juli 2008 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 28 juli 2008 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 naar de oogarts dr. Melles is gegaan omdat die goed is en de operatie zelf uitvoert in zijn kliniek, terwijl men in academische ziekenhuizen steeds door andere co-assistenten wordt behandeld.
- 4.2. Aanspraak wordt gemaakt op vergoeding van topklinische zorg met behandelas 0063. Het betreft immers een topklinische behandeling met, na de operatieve ingreep, een 24-uurscontrole onder permanent bereik van de arts. De beantwoording van de vraag of verzoekster de facto heeft overnacht in de kliniek is voor het geschil niet relevant. De voorwaarden van de zorgverzekering maken geen onderscheid tussen een behandeling met en een behandeling zonder overnachting .
- 4.3. Academische ziekenhuizen, zoals het AMC, rekenen € 5.240,42 voor de onderhavige behandeling. Dat is aanzienlijk meer dan de gedeclareerde € 2.999,70.

- 4.4. Andere zorgverzekeraar vergoeden een ingreep gelijk de onderhavige volledig, op basis van tarieven die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn vastgesteld.
- 4.5. Verwijzing door de zorgverzekeraars naar het enige academische ziekenhuis in Nederland dat deze behandeling ook wenst uit te voeren, neigt naar bevoordeling, hetgeen in strijd is met de mededingingsregelingen.
- 4.6. Artikel 15 van de voorwaarden van de zorgverzekeraar van 2006 verwijst naar de Regeling zorgverzekering voor de uitzonderingen op de vormen van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden die ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed. Deze Regeling heeft geen rechtskracht nu deze niet conform art. 6:233 BW is overgelegd. Bovendien bevat de Regeling geen beperking ten aanzien van hoornvliestransplantaties. Voor het Reglement Restitutie waar de zorgverzekeraar zich op beroept in verband met de toe te passen korting op de vergoeding, geldt hetzelfde.
- 4.7. Verzoekster is niet bekend is met de nuancering in de vergoeding volgens behandelas 0062 of 0063. Op grond van de vigerende polisvoorwaarden mag ervan worden uitgegaan dat van het door dr. Melles in rekening gebrachte bedrag 80 percent zou worden vergoed, gelet op het bepaalde in artikel 12.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor het overige is geen enkele beperkende vergoedingsvoorwaarde voor een hoornvliestransplantatie in de polis opgenomen, waaruit het voor verzoekster vooraf duidelijk had moeten zijn dat zij, in geval zij zich zou wenden tot een niet-gecontracteerde zorgverlener, de behandeling niet vergoed zou krijgen.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. Artikel 6:233 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) schrijft voor dat een consument een redelijke mogelijkheid moet worden geboden om van de van toepassing verklaarde algemene voorwaarden kennis te nemen. Op grond van de Europese regelgeving inzake consumentenbescherming dienen die bepalingen restrictief te worden uitgelegd. Zelfs al zou de beschikbaarheid van die voorwaarden langs digitale weg gelijkwaardig moeten worden geacht aan de feitelijke terhandstelling, dan moet het voor de consument doenlijk zijn van de in die voorwaarden verstrekte informatie kennis te nemen. Dit nu is het probleem. De transparantie voor verzekerden laat ernstig te wensen over. De algemene voorwaarden van de zorgverzekering verwijzen naar het Reglement Restitutie en de Regeling zorgverzekering (hierna: Rzv). Geen van beide documenten is ter hand gesteld. Een zoektocht op het internet leert dat het Reglement Restitutie 2007 niet (meer) ter inzage is, zodat het Reglement Restitutie van 2008 moet worden geraadpleegd, in de hoop dat dit sinds 2007 ongewijzigd is gebleven. Daarin wordt verwezen naar de Regeling zorgverzekering. Dit document is echter niet op de website van de zorgverzekeraar te vinden. Hiervoor dient met zich te wenden tot de website van de overheid. Vervolgens wordt verwezen naar Wmg-tarieven en DBC-codes. Via de website van de NZa is te achterhalen dat het hier gaat om de Wet marktordening gezondheidszorg. Uit de inhoud van die wet is de voor deze zaak relevante informatie niet kenbaar. De bij deze wet behorende besluiten en regelingen zijn zo talrijk en ingewikkeld dat daaruit niet valt op te maken of een hoornvliestransplantatie nu wel of niet aan beperkende vergoedingsvoorwaarden onderhevig is. Voorts is gekeken naar de DBC-codes in de 72 pagina's tellende lijst van het Restitutiereglement. Zelfs onder 'oogheekunde' is geen enkele beperkende voorwaarde

opgenomen over een hoornvliestransplantatie.

- 4.9. Dat aan de weigering van de vergoeding van het gehele door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag, een verschil van mening ten grondslag ligt tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder over de interpretatie van zekere, verzoekster niet bekende DBC-codes, is een zaak die haar als consument niet regardeert en haar niet kan worden tegengeworpen.

- 4.10. 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 onderhavige behandeling in dagbehandeling heeft plaatsgevonden. De kliniek waar verzoekster is geholpen verrichtte ten tijde van de operatie uitsluitend behandelingen in dagopname.
- 5.2. De declaratie op grond van een DBC-prestatiecode met behandelas 0063 is niet terecht indien de kliniek deze zorg niet heeft verricht. Hierover is contact opgenomen met de NZa. Voor een hoornvliestransplantatie als topklinische behandeling met dagopname geldt de DBC-prestatiecode 01.11.00.0457.0062, met een bijbehorend tarief van € 1.667,60.
- 5.3. De kliniek waar verzoekster is behandeld is niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd, omdat de kliniek niet wilde contracteren. Verzoekster heeft een naturapolis. Vergoeding van de kosten wordt in dat geval vastgesteld aan de hand van het Reglement Restitutie van de zorgverzekeraar, hetwelk op aanvraag is te verkrijgen, en is in te zien en te downloaden via de website van de zorgverzekeraar. Dit Reglement bepaalt dat 80 percent van het tarief van de DBC-prestatiecode wordt vergoed.
- 5.4. De zorgverzekeraar heeft in zijn eerste brief gewezen op de alternatieven, namelijk één van de academische ziekenhuizen in Nederland. Van één specifiek ziekenhuis is geen sprake. Bevoordeling doet zich dan ook niet voor. Zou de onderhavige behandeling in één van de academische ziekenhuizen hebben plaatsgevonden, dan zouden conform de polisvoorwaarden de aan die behandeling verbonden kosten volledig zijn vergoed.
- 5.5. De stelling dat andere zorgverzekeraars deze behandeling wel volledig vergoeden kan verzoekster niet baten. Wellicht zijn andere zorgverzekeraars niet op de hoogte van de discrepantie tussen de geleverde en de gedeclareerde zorg.
- 5.6. Met betrekking tot de stelling dat de behandeling in de kliniek van dr. Melles goedkoper is dan een behandeling in een academisch ziekenhuis, merkt de zorgverzekeraar op dat kostenbesparing geen argument vormt om, in afwijking van de polisvoorwaarden, tot gehele of gedeeltelijke vergoeding over te gaan .
- 5.7. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar voorts gesteld dat de nationale regelgeving, waarnaar de voorwaarden van de zorgverzekering verwijzen, voor iedere burger kenbaar is via de website van de overheid.

5.8 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 natura polis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Artikel 31 geeft een nadere omschrijving van het begrip verblijf in een instelling.

In artikel 12 wordt, onder verwijzing naar de website van de zorgverzekeraar, ten aanzien van de aanspraken bepaald:

"12.1. De verzekerde heeft aanspraak op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

12.4. Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2006, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders.

Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2006, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders:

(. . .)

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

(. . .)

De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement Restitutie 2007. Het Reglement Restitutie 2007 maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

12. 7.

(. . .)

Als de verzekerde aanspraak maakt op zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en er is voor de betreffende zorgvorm een machtiging vereist, dan dient de verzekerde zorg te dragen voor de machtigingsaanvraag. "

Artikel 1 onder 57 geeft de definitie van Wmg-tarieven:

"tarieven zoals vastgesteld of goedgekeurd door de Nederlandse Zorgautoriteit volgens de Wet marktordening gezondheidszorg. "

In het Reglement Restitutie 2007 van de zorgverzekeraar zijn de volgende relevante

bepalingen opgenomen:

"Artikel 2. Verzekerde prestaties

Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2006, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn of zouden zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders.

Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2006, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders:

(. . .);

- Medisch specialistische zorg die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis;

(. . .)

In de gevallen waarin voor de betreffende zorg Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2006 gelijk aan het Wmg-tarief dat geldt in het jaar 2006.

Artikel 4. Wmg-tarieven

Voor de in artikel 2, Verzekerde prestaties, genoemde Wmg-tarieven verwijzen wij naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl.

Artikel 8. Medisch specialistische zorg

(. . .)

8.2. Medisch specialistische zorg door een medisch specialist verbonden aan een instelling (niet zijn de een ziekenhuis)

Voor medisch specialistische zorg, verzorgd door een medisch specialist die verbonden is aan een instelling (niet zijnde een ziekenhuis), met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, worden de kosten vergoed tot ten hoogste 80 percent van de hiervoor geldende Wmg-tarieven 2006. (. . .)

De op grond van artikel 2, verzekerde prestaties, berekende maximale vergoeding zoals opgenomen in dit artikel is ook van toepassing voor de extramuraal werkende medisch specialist, al dan niet verbonden aan een ziekenhuis of instelling.

8.3.

Medisch specialistische zorg als omschreven in artikel 8.1 en 8.2 wordt door de betreffende zorgaanbieders via zogenaamde Diagnose Behandeling Combinaties in rekening gebracht. (. . .)

- 7.2. De artikelen 1, en 12 e.v. van de zorgverzekering en het Reglement Restitutie 2007 zijn gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3 . Artikel 11, lid 1, onderdeel a van de 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 van de Zvw regelt de vergoeding indien 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 van het Bzv. In artikel 2.2, lid 2 Bzv 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 toelich-

(ge

ting 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, alsook die van de vraag naar de indicatie in dit geval niet in geschil zijn. Met de schriftelijk mededeling van de zorgverzekeraar van 16 juli 2007 de posterieure lamellaire keratoplastiek middels de DSEK methode in dagbehandeling tot een bedrag van € 1.334,08 te vergoeden, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg en de vraag naar de indicatie immers niet meer relevant. In geschil is slechts de hoogte van de aan verzoekster te verstrekken vergoeding.
- 7.6. In de algemene voorwaarden van de zorgverzekering wordt in artikel 12.4 voor de hoogte van de vergoeding verwezen naar het Reglement Restitutie van de zorgverzekeraar. Artikel 2 van het Reglement Restitutie bepaalt dat de vergoeding wordt gebaseerd op "de gemiddelde tarieven van 2006", zoals die zijn overeengekomen met de gecontracteerde zorgaanbieders. Voorts wordt bepaald dat in de gevallen dat voor de betreffende zorg Wmg-tarieven gelden, het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2006 gelijk is aan het Wmg-tarief dat geldt in het jaar 2006. Voorts bepaalt artikel 4 dat voor de in artikel 2 genoemde Wmg-tarieven wordt verwezen naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- 7.7. De Wmg is eerst per 1 oktober 2007 in werking is getreden. In het jaar 2006 waren de tarieven nog gebaseerd op de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg). Onder de vigeur van beide wetten wordt gedeclareerd op basis van DBC-tarieven, zoals ook blijkt uit artikel 8.3 van het Reglement Restitutie 2007 van de zorgverzekeraar. De commissie acht het daarom redelijk dat deze tarieven in het onderhavige geval worden toegepast. Zij ziet zich daarbij voor de taak gesteld te bepalen welke DBC-prestatiecode passend is, uitgaande van de zorg zoals deze in de situatie van verzoekster feitelijk is geleverd.
- 7.8. Een DBC-prestatiecode, op grond waarvan in de Nederlandse systematiek, declaraties van zorg worden ingediend, bestaat uit veertien cijfers, die als volgt worden vastgesteld:
- cijfer 1-2: specialisme
 - cijfer 3-4: zorgtype
 - cijfer 5-6: zorgvraag
 - cijfer 7-10: diagnose
 - cijfer 11-14: behandelas
- 7.9. Voor de behandeling die verzoekster heeft ondergaan, zijn partijen het eens over het specialisme (01, oogheelkunde), het zorgtype (11, reguliere zorg), de zorgvraag (00, wordt niet gehanteerd) en de diagnose (0457, corneadystrofie, keratoconus). Partijen verschillen echter van mening over de invulling van de behandelcode. Verzoekster stelt dat behandelas 0063 - topklinische verrichtingen met klinische episode(n) -

dient te worden toegepast. De zorgverzekeraar stelt daartegenover dat behandelas 0062 - topklinische verrichtingen met dagopname(n) - dient te worden ingevuld.

- 7.10. De declaratie van de behandelend oogarts vermeldt DBC-prestatiecode 01.11.00.0457.0063, die staat voor 'reguliere zorg / corneadystrofie, keratoconus /topklinische verrichtingen met klinische episode(n)'. Het bij die code behorende tarief is € 2.546,00 voor de ziekenhuiskosten en € 670,60 voor het specialistenhonorarium.
- 7.11. De zorgverzekeraar stelt zich op het standpunt dat de door de behandelend oogarts met toepassing van DBC-prestatiecode 01.11.00.0457.0063 gedeclareerde zorg niet door die arts kan zijn verricht, aangezien de instelling waar verzoekster is geopereerd op grond van de Wtzi geen 24-uurs zorg mag leveren en mitsdien geen sprake kan zijn geweest van klinische episode(n). Door verzoekster is ook niet aannemelijk gemaakt dat zij een nacht in de kliniek van de behandelend arts heeft doorgebracht. De door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-prestatiecode 01.11.00.0457.0062, gezocht op de maand van de behandeling van de ogen, staat voor 'reguliere zorg / corneadystrofie, keratoconus /topklinische verrichtingen met dagopname(n)'. Het bij die code behorende tarief ten tijde van de aanvraag bedraagt € 1.371,00 voor de ziekenhuiskosten en € 296,60 voor het specialistenhonorarium.
- 7.12. De commissie is van oordeel dat in het onderhavige geval, aangezien niet aannemelijk is geworden dat verzoekster de behandeling heeft ondergaan mét klinische periode(n), behandelas 0062 (topklinische verrichtingen met dagopname(n)) de meest passende is.
- 7.13. Verzoekster stelt zich voorts op het standpunt dat de zorgverzekeraar via zijn polisvoorwaarden niet kenbaar heeft gemaakt op welke gronden hij niet hoeft over te gaan tot volledige vergoeding van de in rekening gebrachte kosten, nu dit uit de polis, met name de restitutiebepaling, niet duidelijk wordt.
- 7.14. In de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welke door verzoekster aan de commissie zijn overgelegd, wordt in artikel 12.4 voor de hoogte van de vergoeding verwezen naar het Reglement Restitutie van de zorgverzekeraar. Hierbij wordt vermeld dat dit document op aanvraag wordt aangeleverd en dat het ook op de website van de zorgverzekeraar is te raadplegen. Gezien de omvang van het document en de aard van de informatie - die in het geval van een naturapolis aanvullend is ten opzichte van de algemene voorwaarden, aangezien het uitgangspunt is dat de verzekerde zorg in natura wordt genoten - is de commissie van oordeel dat verzoekster aldus een redelijke mogelijkheid is geboden van de inhoud van het Reglement Restitutie kennis te nemen.
- 7.15. Voor zover verzoekster stelt dat haar niet kan worden tegengeworpen dat zij niet thuis is in de DBC-systematiek en het om die reden voor haar niet duidelijk heeft kunnen zijn wat de gevolgen zijn van de door de behandelend arts aangevraagde DBC-prestatiecode, merkt de commissie het volgende op .
- 7.16. Ten behoeve van de hantering van de DBC-systematiek worden door Stichting DBC-onderhoud halfjaarlijks voor elk specialisme instructienormen gepubliceerd. Indien een zorgaanbieder om hem moverende redenen afwijkt van deze instructienormen, 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 wenden tot een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 september 2008,

Voorzitter