

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, operatie knie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.02487
Zittingsdatum : 8 september 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 29 juni 2009 een “*Arthrotomie re. OSG, Synovectomie, Diamantfräse Abrasio Talusrolle und Abtragung des Tibiaosteophyten und Talus hals Ostphyten*”, uit te voeren te Stadtlohn (Duitsland) (hierna: de aanspraak) slechts gedeeltelijk te vergoeden, namelijk tot een bedrag van € 4.776,10.

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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid Vitaal en [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengaaftanden 500 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 29 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 4.776,10 wordt ingewilligd.
- 3.3. Verzoeker heeft de kwestie voorgelegd aan de SKGZ, waarop de SKGZ aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging heeft gevraagd. Bij brief van 1 december 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 20 april 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ge-

houden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
 - 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juli 2010 aan verzoeker gezonden.
 - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 juli 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
 - 3.9. Bij brief van 2 juli 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 3 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010086370) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is op 5 augustus 2010 aan partijen gezonden.
 - 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 september 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.11. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld een alternatieve DBC-code op te geven. Bij brief van 10 september 2010 heeft verzoeker van deze gelegenheid gebruik gemaakt. De ziektekostenverzekeraar is de mogelijkheid geboden hierop te reageren, hetgeen hij bij brief van 20 september 2010 heeft gedaan.
 - 3.12. Bij brief van 24 september 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting, alsmede kopieën van de na de hoorzitting ontvangen correspondentie gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 1 oktober 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend orthopedisch chirurg, Dr. Abbink, heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: *“Ankyloserende Arthrose re. OSG mit Exostose distale Tibiavorderseite und Talushals”*.
 - 4.2. Op 16 juni 2009 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt plaatsgevonden.

- 4.3. Verzoeker stelt dat hij voorafgaand aan de operatie bij dr. Abbink aan de ziektekostenverzekeraar toestemming heeft gevraagd. Destijds is schriftelijk toegezegd dat aan de hand van de aanvraag een bedrag van € 4.776,10 zou worden betaald. Vlak voor de operatie bleek dat verzoeker tevens diende te worden behandeld voor een fractuur en circumductie. De ziektekostenverzekeraar heeft het bedrag echter niet aangepast. Derhalve is een onjuiste DBC-code gehanteerd.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat hij tijdens zijn militaire dienst een ongeval heeft gehad, waarbij hij met zijn enkel op een trottoirband is gevallen. Destijds heeft een operatie plaatsgevonden, waarbij kraakbeensplinters zijn verwijderd. Verzoeker mocht de voet een halfjaar lang niet belasten. In 2007 overkwam verzoeker wederom een ongeval waarbij hij zijn enkel bezerde. Er bleek sprake van een fissuur. De voet werd in het gips gezet, doch in een soort spitsvoetstand. Er werd aan het been van verzoeker getrokken, waarna het bot alsnog brak. Daarna volgden loopgips en diverse therapieën vanwege de pijn. Door een bevriend medisch adviseur werd verzoeker gewezen op dr. Abbink. De operatie door dr. Abbink werd slechts gedeeltelijk door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Voor eigen rekening bleef een bedrag van € 2.300,--. Verzoeker benadrukt dat door de ziektekostenverzekeraar niet de juiste DBC-code is gehanteerd.
- 4.5. Na afloop van de zitting heeft verzoeker een memo overgelegd van de bevriende medisch adviseur, die ook bij de operatie aanwezig is geweest. De betreffende arts heeft geconcludeerd dat diagnose code 2020, 3025 of 2010 van toepassing is.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker door dr. Abbink is geopereerd in verband met artrose van het rechter bovenste spronggewricht. Daarbij is tijdens een open operatie een nettoyage uitgevoerd. In het operatieverslag wordt niet gesproken over een behandeling van een fractuur of een circumductie. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geldt voor deze ingreep in Nederland de DBC-code 05.11.00.2001.0213 indien deze gepaard gaat met een klinische episode. Diagnostiek en poliklinische consulten maken hiervan deel uit.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de DBC-code is vastgesteld op basis van de aanvraag. Aan de hand van het operatieverslag is tevens gekeken naar eventuele alternatieven. De gehanteerde DBC-code is de juiste, zo blijkt ook uit het CVZ-advies.
- 5.3. In reactie op hetgeen de door verzoeker geconsulteerde arts heeft aangevoerd met betrekking tot de DBC-code, heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de betreffende codes niet passen bij de diagnose en de bevindingen tijdens de operatie. De operatieve behandeling van verzoeker had betrekking op artrose van de rechterenkel. Binnen de DBC-systematiek geldt voor deze behandeling de prestatiecode 05.11.00.2001.0213.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht gedeeltelijk tot een bedrag van € 4.776,10 is ingewilligd.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname.

Wij vergoeden de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(...)

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen. (...)"

Artikel 11 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland. (...)

Als u zorg inroept in een ander land dan uw woonland van een zorgverlener of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten dan kan het voor u vooraf niet altijd duidelijk zijn of u die zorg geheel, deels of misschien helemaal niet vergoed krijgt. Daarom raden wij u aan bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf onze zorgadvisering aan te vragen. Dat geeft duidelijkheid en bespaart u teleurstellingen achteraf. Het kan zelfs zo zijn dat wij meer vergoeden dan wij in de vergoedingsbepaling in deze voorwaarden hebben vastgelegd. (...)"

Artikel 0.10 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt, voor zover hier van belang, het volgende:

"Een tarief kan als volgt vastgesteld zijn:

(...)

2. wettelijk tarief

Krijgt u een behandeling van een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen tarieven hebben afgesproken? Dan vergoeden wij de behandeling volgens het wettelijke (maximum-)tarief dat op dat moment geldt op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg.

3. marktconform tarief

Krijgt u een behandeling door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen tarieven hebben afgesproken en bestaat voor die behandeling geen wettelijk (maximum)tarief? In dat geval vergoeden wij de zorg tot maximaal het marktconforme tarief. Dat is het tarief dat voor die zorg in Nederland gebruikelijk is. Dat is het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgverleners hebben afgesproken. (...)

- 8.3. De artikelen 0.10, 11 en 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;

ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gesteld noch gebleken is dat de aan verzoeker verleende zorg niet tijdig in Nederland was te verkrijgen. De ziektekostenverzekeraar was daarom gerechtigd verzoeker een

E 112-formulier te onthouden. Verzoeker heeft geen aanspraak op vergoeding conform de EG-Verordening, zodat dient te worden beoordeeld welk bedrag op basis van de zorgverzekering dient te worden vergoed. Volgens artikel 0.10 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is onder de gegeven omstandigheden het in Nederland geldende tarief van toepassing.

- 9.2. Ter vaststelling van het Nederlands tarief is door de ziektekostenverzekeraar de DBC-code 05.11.00.2001.0213 gehanteerd, met als omschrijving: "Reguliere zorg // Arthrosis: Enkel en voet / Operatief met klinische episode(n)". Het betreft een code uit het A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het tarief dat bij deze code hoort is € 4.776,10. Verzoeker heeft gesteld dat deze code niet juist is. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling gemotiveerd betwist. Gelet op het CVZ-advies, waarin de door de ziektekostenverzekeraar aangedragen code als de juiste wordt aangemerkt, en het definitief advies, waarin door het CVZ – ook na kennisneming van het hiervoor in 4.5 genoemde memo en de daarin opgesomde mogelijk toepasselijke DBC-codes – niet wordt teruggekomen op het eerdere advies, komt de commissie de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code juist voor.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige zorg, zodat de bespreking van die verzekering achterwege kan blijven.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 oktober 2010,

Voorzitter