

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, medisch-specialistische zorg
Zaaknummer : ANO07.093
Zittingsdatum : 4 april 2007

Zaak: ANO07.093, geneeskundige zorg, buitenland, medisch-specialistische zorg

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr.dr.s. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11, 13 Zvw, 2.2 en 2.4 Bzv)

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 het besluit van de zorgverzekeraar van 13 september 2006 inzake de hoogte van de vergoeding voor een schouder- en duimoperatie in Zwitserland.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Basispakket, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 13 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de schouder- en duimoperatie, die in Zwitserland hebben plaatsgevonden, tot een maximum van €4.523,25 worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft op 27 augustus 2006 aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. De zorgverzekeraar heeft hierop blijkens de brief van 20 december 2006 op enig moment tussen 27 augustus en 24 september 2006 telefonisch aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven, en heeft hiervan geen schriftelijke bevestiging verzonden.
- 3.4. Bij brief van 24 september 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is voor de onderhavige ingrepen een extra bedrag van 3.245,73 te vergoeden.
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 15 december 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Op 19 december 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.8. Bij brief van 30 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 15 maart 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 4 april 2007 gehoord. Verzoekster in persoon, de zorgverzekeraar op zijn verzoek telefonisch. Tijdens de hoorzitting zijn door verzoekster nieuwe feiten ingebracht.
- 3.11. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 11 april 2007 laten weten in de nieuw ingebrachte feiten geen aanleiding te zien zijn standpunt te wijzigen. Verzoekster is op 12 april 2007 in kennis gesteld van de reactie van de zorgverzekeraar.
- 3.12. Bij brief van 12 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 20 april 2007 van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster is een 46-jarige vrouw. In het voorjaar van 2006 heeft haar plastisch-chirurg te Utrecht een arthrodese van haar rechterduim geïndiceerd in verband met een instabiel MCP-gewricht. Niet veel later kreeg zij van haar orthopedisch chirurg in Hilversum te horen dat zij een scheurtje in het labrum van haar rechter schouder had dat gerepareerd diende te worden waarbij tevens, ter voorkoming van recidive, een reefplastiek van het schouderkapsel gewenst was.
 - 4.2. Verzoekster heeft zich tot haar zorgverzekeraar gewend met het verzoek tot bemiddeling in verband met de wachtlijsten, alsook de wens om in één sessie aan zowel de schouder als de duim te worden geopereerd. Dit laatste in verband met het voorkomen van een dubbele immobilisatie- en revalidatieperiode. Volgens verzoekster bleek het vervolgens niet mogelijk in Nederland een gecombineerde operatie uit te voeren terwijl daar naar haar zeggen geen medische contra-indicatie voor aanwezig was.
 - 4.3. Verzoekster kon op zeer korte termijn wél terecht in Zwitserland voor een gecombineerde operatie. Zij is daar op 25 juli 2006 geopereerd. Blijkens het operatieverslag heeft tijdens die operatie een arthrodese van de rechterduim plaatsgevonden en is het scheurtje in het labrum van de rechterschouder hersteld waarbij tevens een reefplastiek van het schouderkapsel heeft plaatsgevonden. De kosten van deze ingreep – te weten Zfr. 12.309,95 (= € 7.768,98) – zijn door verzoekster betaald. Verzoekster heeft op 18 juli 2006 een E112 formulier ontvangen waarin door de zorgverzekeraar toestemming wordt verleend voor de dubbele ingreep in Zwitserland en

waarin door de zorgverzekeraar wordt aangegeven dat deze ingrepen tegen maximaal € 4.523,25 vergoed worden.

- 4.4. Verzoekster kan zich niet vinden in het bedrag dat haar zorgverzekeraar voor deze twee ingrepen wenst te vergoeden. Zij is van oordeel dat voor deze ingrepen, wanneer deze zouden zijn uitgevoerd in twee verschillende ziekenhuizen in Nederland een hoger bedrag zou zijn berekend dan het bedrag van de rekening van het Zwitserse ziekenhuis die zij zelf heeft voldaan.
De arthrodesse van de duim wordt volgens haar op basis van DBC-code 0411000361023 vergoed tot een maximum van € 4.394,52 en de schouderoperatie wordt op basis van DBC-code 0511001495023 tot een maximum van € 3.535,54 vergoed. Nu de door haar betaalde rekening van het ziekenhuis in Zwitserland ad € 7.768,98 minder is dan het totaal op basis van de Nederlandse rechtsgeldige tarieven (€ 7.930,06), is verzoekster van oordeel dat de zorgverzekeraar de totale rekening van de ingreep dient te vergoeden, en niet slechts € 4.523,25.
- 4.5. Tijdens de hoorzitting wordt door verzoekster twee nieuwe feiten ingebracht, die naar haar mening zouden moeten leiden tot de conclusie dat de arthrodesse van de duim poliklinisch niet mogelijk is, maar klinisch dient plaats te vinden, en derhalve ook op basis van een klinisch tarief vergoed dient te worden. In de eerste plaats voert zij aan dat de arthrodesse van de duim met behulp van bekkensbot gebeurt, hetgeen poliklinisch niet mogelijk is.
Ten tweede geeft zij aan dat zij de ziekte van Ehlers-Danlos heeft, wat naar haar zeggen eveneens een contra-indicatie is voor een poliklinische behandeling.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
 - 5.1. De zorgverzekeraar is de mening toegedaan dat verzoekster een vergoeding van € 4.523,25 heeft ontvangen conform de voorwaarden van de zorgverzekering. Hij ziet dan ook geen reden om een hogere vergoeding toe te kennen. Deze stelling wordt als volgt onderbouwd.
 - 5.2. De kosten van medisch-specialistische zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2005, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders. De vaststelling van het maximaal te vergoeden Nederlands tarief vindt plaats volgen het advies van het College voor zorgverzekeringen. De opslagen die Nederlandse ziekenhuizen mogen rekenen tellen niet mee bij de vaststelling van de vergoeding op Diagnose Behandeling Combinaties als de behandeling niet in Nederland heeft plaatsgevonden.
 - 5.3. De vergoeding van de schouderoperatie wordt door de zorgverzekeraar gebaseerd op DBC-code 05110014600213, maar bedraagt na aftrek van de bovengenoemde opslagen € 2.846,35. De vergoeding voor de arthrodesse van de duim is echter gebaseerd op DBC-code 05110016950211, nu deze door een orthopeed is verricht en bedraagt € 1.676,90.
 - 5.4. Vervolgens stelt de zorgverzekeraar dat volgens de CTG-richtlijnen een specialist niet voor beide ingrepen een klinisch tarief in rekening mag brengen als deze in één ingreep plaatsvinden. Er kan dan wel een poliklinische verrichting worden gedecla-

reerd. in dit geval heeft de zorgverzekeraar een vergoeding verleend van € 1.676,90.

- 5.5. Tot slot is de medisch adviseur van de zorgverzekeraar van oordeel dat de twee behandelingen ook in Nederland in één ingreep hadden kunnen plaatsvinden.
- 5.6. In een reactie op hetgeen ter zitting door verzoekster naar voren is gebracht, zoals verwoord onder 4.5, geeft de zorgverzekeraar aan geen reden te zien zijn standpunt te wijzigen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
- 6.2. Aangaande de te volgen procedure overweegt de commissie als volgt. Met artikel 11.4 van de zorgverzekering - overeenkomstig artikel 114 lid 2 van de Zvw - is gegeven dat de zorgverzekeraar op verzoek van verzoeker binnen een redelijke termijn een heroverweging geeft inzake het aan hem voorgelegde geschil. Indien betrokkene het niet eens is met deze heroverweging, dan wel binnen een redelijke termijn geen reactie heeft ontvangen, kan hij zich wenden tot de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
In casu heeft, naar aanleiding van het verzoek tot heroverweging van verzoeker van 27 augustus 2006, op enig moment een telefonisch onderhoud tussen verzoekster en de zorgverzekeraar plaatsgevonden. De zorgverzekeraar heeft aangegeven dat hiervan geen schriftelijke bevestiging naar verzoekster is gezonden en dat evenmin voldoende notities bewaard zijn gebleven om haar alsnog een heroverweging te doen toekomen.
Nu de zorgverzekeraar bij brief van 20 december 2006 te kennen heeft gegeven dat zijn nader commentaar van 15 december 2006 tevens te beschouwen is als heroverweging, staat dit aan de bevoegdheid van de commissie om van het geschil kennis te nemen niet in de weg.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Op het belang van deze constatering zal in het vervolg worden teruggekomen.

Vergoeding voor niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorg in het buitenland staat vermeld in de artikelen 9, 12 en 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering natura, in combinatie met de artikelen 2 en 8 van het Restitutiereglement van de zorgverzekering.

- 7.3. Voor zover in het onderhavige geschil relevant wordt in de hiervoor genoemde artikelen het volgende bepaald.

*“Artikel 15. Medisch specialistische zorg
Omschrijving: geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden (...)
Door: medisch specialist.
(...)
Machtiging: ja.
(...)”*

*“Artikel 12.4. Indien de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van de zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2005, 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 2005, zoals deze voor de betreffende 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.
(...)”*

*“Artikel 9.3.1 Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland
De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:
(...)
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van de verzekeringsvoorwaarden.”*

Artikel 2 van het Restitutiereglement van de zorgverzekeraar is gelijk aan artikel 12.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering en kent in de laatste alinea de volgende toevoeging:

“In de gevallen waarin voor de betreffende zorg WTG-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2005 gelijk aan het Wtg-tarief dat geldt in het jaar 2005.”

Artikel 8.1 van het Restitutiereglement is een nadere uitwerking van de 100% vergoedingsregeling voor medisch-specialistische zorg tot maximaal het Wtg-tarief 2005.

- 7.4. De regeling van de artikelen 9, 12 en 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 8 van het Restitutiereglement zijn volgens artikel 2.9 van de

zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.5. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. 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. Waar het gaat om medisch-specialistische zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Artikel 13 lid 1 van de Zvw regelt voorts dat indien een verzekerde bepaalde vormen van zorg van een andere zorgaanbieder betreft, dan de zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst tot het leveren van zorg gesloten heeft, het de zorgverzekeraar is die de vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten vaststelt.
- 7.6. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. Nu partijen de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en de indicatie daarvoor niet betwisten, zal de commissie zich beperken tot de in het geding zijnde hoogte van de vergoeding voor de onderhavige behandeling. Uitgangspunt is dat verzekerde beschikt over een naturapolis en dus is aangewezen op gecontracteerde zorg. Het Lindenhofspitaal is niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd.
- 7.8. De commissie meent echter op grond van artikel 12.4 in samenhang met artikel 9.3.1 van de zorgverzekering tot de conclusie te kunnen komen dat verzoekster recht heeft op vergoeding van de onderhavige ingrepen in het buitenland, ter hoogte van maximaal het Nederlandse marktconforme tarief.
- 7.9. Van belang is in dit verband dat verzoekster de zorgverzekeraar in mei 2006 nadrukkelijk om wachtlijstbemiddeling heeft gevraagd, waarbij zij heeft aangegeven dat zij graag beide ingrepen in één sessie wilde laten plaatsvinden. De zorgverzekeraar heeft niet bestreden dat verzoekster hier een gereed belang bij had. Voorts is zijnerzijds erkend dat het in Nederland moeilijk is om beide ingrepen in één operatie te laten realiseren. Onder deze omstandigheden kan hij zich naar het oordeel van de commissie niet zonder meer beroepen op de onder 5.4 bedoelde CTG-richtlijnen, die zien op de declaratie van meerdere verrichtingen in één behandeling. De vraag die beantwoording behoeft is of in de situatie van verzoekster omstandigheden zijn aan te wijzen waardoor aannemelijk wordt dat de arthrodesse van de duim, in de vorm van een zelfstandige behandeling, niet poliklinisch had kunnen plaatsvinden. Verzoekster heeft hiertoe de onder 4.5 aangegeven argumenten ter zitting naar voren gebracht.
- 7.10. Uit het operatieverslag van prof. dr. Diego L. Fernandez van het Lindenhofspitaal te Bern van 25 juli 2006 blijkt dat hij een arthrodesse van de rechterduim heeft verricht en het scheurtje in het labrum van de rechterschouder heeft hersteld waarbij tevens een reefplastiek van het schouderkapsel heeft plaatsgevonden. De commissie merkt op dat het operatieverslag geen gewag maakt van het winnen van bekkenbot, zodat deze klinische indicatie voor een arthrodesse van de duim is komen te vervallen.

- 7.11. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de ziekte van Ehlers-Danlos een contra-indicatie is voor een poliklinische behandeling, merkt de commissie op dat verzoekster niet tijdig gebruik heeft gemaakt van de haar geboden mogelijkheid deze stelling te onderbouwen met een medische verklaring, zodat op dit punt geen nader onderzoek is aangewezen.
 - 7.12. Nu uit het bovenstaande geen reden naar voren is gekomen die aanleiding geeft een klinische arthrodesse van de duim te vergoeden, heeft de commissie besloten voor de arthrodesse van de duim de poliklinische DBC-code te hanteren.
 - 7.13. Uitgaande van de naar het oordeel van de commissie correcte veronderstelling dat de verrekentarieven alleen door Nederlandse ziekenhuizen in rekening mogen worden gebracht nu deze afhankelijk zijn van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandeling anderzijds, waardoor het zich naar zijn aard niet leent voor toepassing bij de berekening van de vergoeding van een behandeling in een instelling in een andere lidstaat en derhalve niet meetellen bij de vaststelling van de vergoeding voor behandelingen die niet in Nederland hebben plaatsgevonden, zijn de door de zorgverzekeraar toegepaste DBC-tarieven van DBC-code 05110014600213 voor de schouderoperatie - te weten € 2.846,35 - en van DBC-code 05110016950211 voor de arthrodesse van de duim - te weten €1.676,90 - correct.
 - 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
 - 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 juni 2007,

Voorzitter