

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vs C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, EU/EER, acromionplastiek en herstel subtotale  
ruptuur rotatorcuff rechter schouder bij status na Neerplastiek  
Zaaknummer : 2009.00040  
Zittingsdatum : 12 augustus 2009

Zaak: 2009.00040, geneeskundige zorg, EU/EER, acromionplastiek en herstel subtotale rotatorcuff rechter schouder bij status na Neerplastiek

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, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 1 oktober 2008 de door hem in Duitsland ondergane schouderoperatie tot maximaal € 3.665,80 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 Zorgverzekering variant Natura (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 Vitaal en Zeker Aanvullende Verzekering (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "subtotale afscheuring van de pezen van de rotatorenmanchette musculatuur". De zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "het fixeren van de manchette pezen aan de schouderkop en het creëren van ruimte van voldoende ruimte onder het dak van het schoudergewricht" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak tot een bedrag van van € 3.665,80 is toegewezen.
- 3.3. Op 4 november 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 14 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. Bij brief van 14 februari 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 19 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 mei 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en ziektekostenverzekeraar hebben op 20 juni respectievelijk 26 juni 2009 schriftelijk medege-deeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. 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 (zaaknummer 29058555) de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat verzoeker het maximaal in Nederland geldende tarief voor de onderhavige operatie toekomt. Dit komt overeen met het bedrag dat de zorgverzekeraar heeft vastgesteld.
- 3.10. Een afschrift van het CVZ-advies is op 22 juli 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben daarvan geen gebruik gemaakt.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zijn orthopeed in Nederland niets meer voor hem kon doen. Vanwege de aanhoudende pijnklachten is hij door zijn huisarts naar de orthopedisch chirurg in Stadtlohn (Duitsland) verwezen, welke chirurg jaren geleden in een Nederlands ziekenhuis werkte en verzoeker destijds succesvol heeft behandeld.
- 4.2. Verzoeker stelt dat door de zorgverzekeraar ten onrechte slechts één DBC-prestatiecode is toegepast. In zijn situatie is sprake van een revisie-operatie en niet van een eerste operatie van de schouder, hetgeen de rechtvaardiging voor meerdere DBC-prestatiecodes is en tot een hogere vergoeding leidt.
- 4.3. Op grond van artikel 12.4 van de polis meent verzoeker recht te hebben op een vergoeding van 80 percent van de nota van een niet-gecontracteerde zorgverlener.
- 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 het onderhavige geschil van belang, dat, anders dan verzoeker stelt, op grond van artikel 9.1 in samenhang met artikel 12.4, 80 percent wordt vergoed van de gemiddelde tarieven zoals dat voor 2008

met de betreffende zorgaanbieder is overeengekomen. Voor zorg genoten in het buitenland geldt een vergoeding van ten hoogste 100 percent van de gemiddelde tarieven, zoals in 2008 met de betreffende zorgaanbieders overeengekomen.

- 5.2. De hoogte van de vergoeding is vastgesteld aan de hand van DBC-prestatiecode 05.11.00.1460.0213m die staat voor reguliere zorg/ruptuur rotator cuff/bicepspees / operatie met klinische episode(n). De vergoeding voor deze DBC-prestatiecode bedraagt € 3.665,80  
Het bedrag van € 4.643,40 dat vermeld is op de website van een orthopedische kliniek in Nijmegen is de prijs die deze kliniek in rekening brengt indien de zorgverzekeraar van een patiënt geen overeenkomst heeft gesloten met deze kliniek. Dat zegt echter niets over de gemiddelde Nederlandse tarieven.

- 5.3. 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 verzekering, 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 van de door verzoeker in Duitsland ondergane schouderoperatie. Omdat de aanvullende verzekering geen dekking kent voor de onderhavige zorg, zal de commissie zich beperken tot de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 7.2. Het betreft hier een natura-polis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering.  
Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat:

*“Omschrijving  
geneeskundige zorg zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.  
Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:  
(...)  
- materialen die ertoe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees, verband of hulpmiddelen.”*

Artikel 9.1 Buitenland, bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

*“lid 1  
De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:  
(...)  
- vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;*

(...).”

Artikel 12.4 regelt voor zover hier van belang:

*“Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie Zorgverzekeraar [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen Zorgverzekeraar [naam ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2008 gelijk aan het geldende Wmg-tarief.*

(...)

*De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie [naam ziektekostenverzekeraar] 2008. Het Reglement restitutie [naam ziektekostenverzekeraar] 2008 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [website zorgverzekeraar].”*

Het Restitutie Reglement behorende bij de, bepaalt voor zover hier van belang:

*“Artikel 2*

*Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [naam zorgverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn of zouden zijn overeengekomen tussen [naam zorgverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2008 gelijk aan het geldende Wmg-tarief.*

*Artikel 4*

*Voor de in artikel 2, Verzekerde prestaties, genoemde Wmg-tarieven verwijzen wij naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, [www.nza.nl](http://www.nza.nl).”*

De definitie van een Diagnose Behandeling Combinatie luidt volgens artikel 1 van de zorgverzekering:

*“Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg (...). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.”*

- 7.3. De regeling in de artikelen 1, 9.1, 12.4 en 20 van de zorgverzekering en artikel 4 van het Restitutie Reglement zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang in algemene bewoordingen geregeld

in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 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 toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt 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 de beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in deze procedure in het midden kan blijven. Met het bij brief van 21 januari 2008 schriftelijk verlenen van toestemming voor 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. Voor het vaststellen van het marktconform tarief voor zorg die in het buitenland is genoten sluit de commissie aan bij de richtlijnen die zijn opgenomen in eerdere bekendmakingen van het CVZ, onder andere in RZA 2006.77 van 21 maart 2006. Op grond hiervan worden de losse zorgcomponenten van de in het buitenland genoten zorg vertaald in een diagnose-behandel-traject waaraan in de Nederlandse systematiek een DBC-code is gekoppeld, met een bijbehorend tarief. Gesteld noch gebleken is aan de hand van (bijvoorbeeld) het operatieverslag waarnaar verzoeker verwijst dat in deze een onjuiste vertaling heeft plaatsgevonden. Het bij de vertaling behorende tarief dient vervolgens als marktconform tarief te worden aangemerkt.
- 7.8. 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 zorgverzekeraar gehanteerde DBC-prestatiecode 05.11.00.1460.0213 ziet op reguliere zorg/ruptuur rotatorcuff/ bicepspees / operatie met klinische episode(n), 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. Vaststaat dat het bij die code behorende tarief € 3.665,80 bedraagt ten tijde van de aanvraag, zoals blijkt uit de NZa-Tariefapplicatie.
- 7.9. 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 zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-tariefcode is geëigend.
- 7.10. Het onder 7.8 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 zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 augustus 2009

Voorzitter