

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, buitenland, vitrectomie
Zaaknummer	: ANO07.149
Zittingsdatum	: 4 juli 2007

Zaak ANO07.149, Geneeskundige zorg, buitenland, vitrectomie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11, 13 en 14 Zvw, 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 5 oktober 2006 inzake het niet volledig vergoeden van een behandeling in het buitenland, te weten een vitrectomie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 5 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de door haar in het buitenland ondergane behandeling, te weten een vitrectomie, wordt vergoed volgens de in Nederland geldende maatstaven.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 22 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld bij zijn standpunt te blijven.
- 3.4 Bij brief van 15 januari 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar op te dragen de onderhavige behandeling alsnog volledig te vergoeden.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 maart 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Bij brief van 10 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8 Op 26 april 2007 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.

- 3.9 Het College voor zorgverzekeringen heeft op 9 mei 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 is op 4 juli 2007 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar was daarbij niet aanwezig en heeft het verslag daarvan op 5 juli 2007 nagezonden gekregen. Ter zitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt herhaald.
- 3.11 Bij brief van 5 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie op 12 juli 2007 meegedeeld 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 kreeg in 2004 een oogtrombose. Nadat verzoekster een aantal maanden in een ziekenhuis was behandeld, werd zij doorverwezen naar een ander ziekenhuis, alwaar haar te kennen werd gegeven dat men niets meer voor haar kon doen. Via een persoon, die eenzelfde aandoening had, kreeg verzoekster te horen dat hij succesvol geopereerd was op Gran Canaria (Spanje).
- 4.2 In januari 2006 heeft verzoekster een machtiging aangevraagd voor de behandeling op Gran Canaria. Verzoekster geeft aan dat zij van de zorgverzekeraar te horen kreeg dat zij geen toestemming hoefde te vragen, daar sprake was van een poliklinische ingreep. Verzoekster heeft zich vervolgens gewend tot haar huisarts, die haar in verband met de afsluiting van de vena centralis retinae voor een second opinion naar een oogarts op Gran Canaria verwees omdat de door haar geconsulteerde oogartsen in Nederland geen therapeutische opties meer te bieden hadden. Verzoekster is, nadat zij onderzocht was, op 10 mei 2006 ter plaatse geopereerd.
- 4.3 Verzoekster stelt dat zij op 8 mei 2006 een email kreeg waarin staat dat het nog onbekend is of de gevraagde operatie vergoed kan worden, daar niet duidelijk is om wat voor operatie het precies gaat. Verder stelt verzoekster dat zij, samen met de chirurg op Gran Canaria, op 9 mei 2006 een email aan de zorgverzekeraar heeft verstuurd en dat de zorgverzekeraar tot op heden daar nimmer op heeft geantwoord.
- 4.4 Verzoekster geeft aan dat zij na vele briefwisselingen en telefoontjes met de zorgverzekeraar uiteindelijk € 913,40 vergoed heeft gekregen, terwijl zij € 3.805,16 voor de operatie heeft betaald. Verzoekster licht nog een aantal brieven toe, van andere personen, waaruit blijkt dat zij de kosten voor dezelfde operatie wél van hun ziektekostenverzekeraar vergoed hebben gekregen. Tot slot stelt verzoekster dat zij blij is de operatie te hebben ondergaan; thans ziet zij geen vlekken voor haar ogen en is zij niet meer vermoeid.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar geeft aan dat hij de behandeling vergoed heeft op grond van de zorgverzekering. In geval van een vitrectomie is DBC-code 01110003070062 van

toepassing. Volgens de polisvoorwaarden van de zorgverzekering heeft verzoekster recht op vergoeding van de kosten volgens het in Nederland geldende tarief voor een vitroctemie.

5.2 De zorgverzekeraar legt uit dat op 9 mei 2006 de email van verzoekster is beantwoord. Hierin stond dat weliswaar de kosten van een angiografie op grond van de zorgverzekering vergoed zou worden, en dat hiervoor geen toestemming vereist was, maar dat nog geen duidelijkheid bestond of de operatie op grond van de zorgverzekering vergoed kon worden. Nu verzoekster er voor heeft gekozen de ingreep, ondanks de onduidelijkheid met betrekking tot het vergoeden ervan, te ondergaan, is zij daar zelf verantwoordelijk voor. Verder legt de zorgverzekeraar uit dat hij in een situatie als deze altijd alles volgens het Nederlands tarief vergoedt. Hierop kan dan ook geen uitzondering worden gemaakt, daar dit niet eerlijk zou zijn ten opzichte van andere verzekerden in gelijke omstandigheden.

5.3 Tot slot geeft de zorgverzekeraar aan dat de brieven, waaruit blijkt dat twee andere personen voor dezelfde operatie alles vergoed hebben gekregen van hun verzekeraars, dateren uit 2004 en 2005. Beide personen waren toen particulier verzekerd tegen ziektekosten. De verschillende situaties zijn niet met elkaar te vergelijken, daar genoemde personen destijds niet verzekerd waren op grond van de Zvw en verzoekster dit nu wel is.

6. De bevoegdheid van de commissie

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.

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 verzekerde gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding van medisch specialistische zorg is geregeld in artikel 9.3.1 en 12.4 van de zorgverzekering. Artikel 9.3.1 bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

*“De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:
- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar (...) in dat land is gecontracteerd;*

- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door Zorgverzekeraar (...) gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.”

Artikel 12.4 bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

*Indien 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 2005, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen 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 desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen Zorgverzekeraar (...) en de betreffende zorgaanbieders:
- Huisartsenzorg;
- Verloskundige zorg die geleverd wordt door een huisarts;
- Medisch specialistische zorg die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis;
Het Reglement restitutie (...) maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.*

- 7.3 Volgens artikel 2 van de zorgverzekering is de verzekeringsovereenkomst gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd op het polisblad.
- 7.4 Voor de beoordeling van het onderhavige geschil zijn de navolgende wettelijke bepalingen 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 geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Het betreft onder andere zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
Artikel 13 lid 1 van de Zvw regelt 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.
- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 Uit het operatieverslag van dr. de Lara van de Clinica Oftalmológica te Gran Canaria te Spanje van 11 mei 2006, blijkt dat hij een “vitrectomie” heeft verricht bij verzoekster. De commissie is van oordeel dat, gelet op de overgelegde stukken, waarin de zorgverzekeraar aangeeft dat verzoekster recht heeft op een vergoeding ter hoogte van € 913,40 voor de oogheekundige behandeling op Gran Canaria (Spanje) tegen het in Nederland geldende tarief, de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg niet meer opportuun is. Rest nog de vraag naar de

hoogte van de vergoeding.

De commissie heeft vastgesteld dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 01.11.00.0307.0062 ziet op een obstructie van de traanbuis. Verzoekster heeft echter een vitrectomie ondergaan in verband met een afsluiting van de vena centralis retinae. Hierop ziet de DBC-code 01.11.00.0657.0062. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 913,40 ten tijde van de aanvraag.

- 7.7 De DBC-systematiek heeft als uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Dit is door de zorgverzekeraar verwoord in artikel 1 onder 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin de definitie van de Diagnose Behandel Combinatie staat. Nu alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn inbegrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie ook hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-code aangewezen is.
- 7.8 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. De commissie concludeert dat hoewel de verkeerde DBC-code door de zorgverzekeraar is toegepast, het daarbij behorende tarief gelijk is aan het DBC-tarief dat voor de berekening van de vergoeding had moeten worden gehanteerd, zodat verzoekster daar geen (financieel) nadeel van ondervindt. Dat de kliniek waar verzoeker is behandeld een ander, hoger, tarief in rekening brengt, doet aan het voorgaande niet af.
- 7.9 Ten aanzien van het door verzoekster aangevoerd argument, als zouden andere zorgverzekeraars de onderhavige behandeling integraal vergoeden, merkt de commissie op dat de brieven waarnaar verzoekster verwijst dateren uit 2004 en 2005. Daargelaten dat uit de in kopie overgelegde brieven niet blijkt of het hier om eenzelfde behandeling gaat (blijkens de reactie van de zorgverzekeraar zou dat niet het geval zijn), is door de zorgverzekeraar onweersproken gesteld dat het hier particulier verzekerden volgens het oude zorgstelsel betreft en dus niet verzekerden op grond van een zorgverzekering, zoals door verzoekster vanaf 1 januari 2006 met de zorgverzekeraar overeengekomen en waarvan de inhoud wordt beheerst door regels, gesteld bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.
- 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, 31 juli 2007

Voorzitter

