

Anoniem BINDEND ADVIES

Partijen : A te B versus C te D in deze vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, microchirurgische endoscopische discectomie
op niveau L3-4
Zaaknummer : ANO7.432
Zittingsdatum : 23 april 2008

Zaak: ANO7.432, geneeskundige zorg, microchirurgische endoscopische discectomie op niveau L3-4

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.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)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door E te F

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 25 april 2007 de onderhavige behandeling gedeeltelijk – te weten € 2.980,00 – te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (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 orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: “Hernia Nuclei Pulposiï op niveau L3-4”. De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem gewenste zorg bestaande uit “microscopische endoscopische discectomie op niveau L3-4” ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 21 mei 2007 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 zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 4 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt aan te passen en een machtiging te verlenen voor de onderhavige tot een bedrag van € 2.980,00.
- 3.5. Bij brief van 5 oktober 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog volledig 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 zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 19 februari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 februari 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 februari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 3 maart 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. Desgevraagd heeft verzoeker op 19 maart 2008 schriftelijk medegedeeld het afzien van horen te handhaven.
- 3.9. Bij brief van 25 februari 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 28 maart 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen uitgaande van het standpunt dat Medinova een door de zorgverzekeraar voor de onderhavige behandeling niet gecontracteerde instelling is. Een afschrift van het CVZ-advies is de zorgverzekeraar gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting gezonden. Verzoeker heeft een afschrift van het CVZ-advies gelijktijdig met dit bindend advies ontvangen.
- 3.10. De zorgverzekeraar is op 23 april 2008 telefonisch gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 24 april 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden 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 8 mei 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het in de onderhavige situatie om een medisch noodzakelijke ingreep gaat. In de overeenkomst staat dat de zorgverzekeraar zich verplicht tot het nakomen van specialistische behandeling die is geïndiceerd. Voorts is telefonisch medegedeeld door de volmachtgever dat iedere kijkoperatie in ieder geval voor 80 percent wordt vergoed. Verzoeker eist de volledige vergoeding van de op 21 mei 2007 uitgevoerde operatie, te weten een bedrag van € 4.800,00 verminderd met de reeds uitgekeerde € 2.980,00, derhalve een bedrag van € 1.820,00.
- 4.2. Omdat de zorgverzekeraar door de primaire afwijzing een vertraging van 25 dagen heeft laten ontstaan, eist verzoeker daarnaast immateriële schadevergoeding van € 2.000,00.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 bij prolongatie naar 2007 de verzekerden alleen over de wijzigingen in de verstrekkingen in de basisverzekering zijn geïnformeerd. De voorwaarden werden op verzoek toegezonden. De bepalingen waarin gerefereerd wordt aan het op te vragen Reglement restitutie zijn ten opzichte van 2006 niet gewijzigd. Het Reglement restitutie is op 21 augustus 2007 aan verzoeker verzonden.
- 5.2. Voor de door verzoeker ondergane operatie is DBC-prestatiecode 11.00.1360.0213 vastgesteld. Deze DBC-prestatiecode geeft op grond van het Reglement restitutie voor deze behandeling in een ziekenhuis een vergoeding van maximaal € 3.772,00 en voor deze behandeling in een instelling, niet zijnde een ziekenhuis een maximale vergoeding van € 2.053,00. Verzoeker heeft uiteindelijk een vergoeding van € 2.980,00 gekregen.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoek(st)er 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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. 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 medisch-specialistische zorg bestaat.

“Omschrijving:

geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

Verwijzing door:

huisarts (...), medisch specialist (...)

Machtiging:

ja.”

In artikel 12 wordt ten aanzien van de aanspraken bepaald:

12.1. De verzekerde heeft aanspraak op zorg in natura zoals geregeld 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 van de zorgverzekeraar. Het Reglement restitutie van de zorgverzekeraar maakt onderdeel uit van deze voorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

- 7.2. De regeling in de artikelen 12 en 15 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. 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 vergoeding van de kosten van 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, waarbij het aan de zorgverzekeraar is de hoogte van de vergoeding vast te stellen voor de gemaakte kosten.
- Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 Bzv is 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.
- Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 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 óf 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 langer in geschil zijn. Met het schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar op 4 mei 2007 voor de microscopische endoscopische dissectomie tot het bedrag van € 2.980,00, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg en de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid niet meer relevant.
- 7.6. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag naar de hoogte van de vergoeding. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcode (DBC). Deze DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorg, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg.
- De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 11.00.1360.0213 ziet op een reguliere zorg/HNP/ operatief met klinische perioden. Door de behandelend orthopedisch chirurg is een "rughernia/operatie met klinische

opname" aangevraagd, waarvoor eveneens declaratiecode 11.00.1360.0213 is aangegeven. Dit betreft een DBC-code uit het B-segment waarvoor het tarief ter vrije onderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieders staat.

- 7.7. Gelet op artikel 12.4 van de voorwaarden van de zorgverzekeraar merkt de commissie op dat recht bestaat 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. De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie van de zorgverzekeraar. Op grond hiervan wordt voor de onderhavige behandeling in een ziekenhuis een vergoeding van maximaal € 3.772,00 en voor deze behandeling in een instelling, niet zijnde een ziekenhuis een maximale vergoeding van € 2.053,00 toegekend.
- 7.8. Vast staat dat de kliniek waar verzoeker is geopereerd een instelling is, niet zijnde een ziekenhuis. Op grond van artikel 12 lid 4 van de zorgverzekering in samenhang met het Reglement restitutie van de zorgverzekeraar, heeft verzoeker aanspraak op een vergoeding van € 2.053,00. De zorgverzekeraar blijkt echter met de bedoelde kliniek een bedrag van € 2.980,00 te zijn overeengekomen voor de onderhavige behandeling. Verzoeker heeft hierdoor ruim € 900,00 meer vergoed gekregen, dan waarop volgens de zorgverzekering aanspraak heeft.
- 7.9. Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit per ziekenhuis en per periode een verrekenpercentage vastgesteld. Dit percentage, dat de vorm kan hebben van een toeslag, maar ook van een korting, dient onder andere ter compensatie van onderzoeks- en scholingstaken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld, en is afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds. Nu het verrekenpercentage afhankelijk is van de situatie in het ziekenhuis, en het – anders dan het DBC-tarief – niet rechtstreeks verband houdt met de uitgevoerde behandeling, ziet de commissie geen dwingende reden in geval van behandeling in het buitenland een toeslag of korting toe te passen.
- 7.10. Voor zover verzoeker klaagt over het feit dat hem de voorwaarden van de zorgverzekering 2007 en het Reglement restitutie 2007 pas in augustus 2007 zijn toegezonden, overweegt de commissie als volgt. Verzoeker heeft de zorgverzekering voor 2007 geprolongeed. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat met het polisblad 2007 voor het jaar 2007 uitsluitend de wijzigingen ten opzichte van de zorgverzekering van 2006 zijn toegezonden. Deze toezending heeft blijkens het polisblad 2007 op of rond 13 december 2006 plaatsgevonden. Artikel 12.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering van 2007 is gelijklopend aan artikel 12.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering van 2006 voor zover daaruit duidelijk blijkt dat voor niet-gecontracteerde zorg afwijkende tarieven kunnen gelden. Tevens blijkt uit artikel 12.4 dat het Reglement restitutie van de zorgverzekeraar op verzoek zal worden toegezonden. Aangezien verzoeker gekozen heeft voor een naturapolis, waarbij in beginsel aanspraak bestaat op zorg in natura door gecontracteerde zorgverleners, en hij desalniettemin gekozen heeft voor een niet-gecontracteerde zorgverlener, oordeelt de commissie dat het op de weg van verzoeker had gelegen het Reglement restitutie op te vragen. aangezien hij dit heeft nagelaten, kan dit de zorgverzekeraar niet worden tegengeworpen.

- 7.11. In zijn brief van mei 2007 stelt verzoeker dat de verkeerde primaire beslissing tot een uitstel van 25 dagen heeft geleid, alvorens verzoeker zich kon laten opereren en dat daarom zijn verzoek mede omvat een verzoek tot immateriële schadevergoeding wegens nalatigheid van de kant van de zorgverzekeraar. Verzoeker heeft daarbij verklaard dat hij vanuit een oogpunt van redelijkheid een compensatie van € 2.000,00 verlangt.

Nog daargelaten dat het toepasselijke reglement er aan in de weg staat dat de commissie hierover een uitspraak doet, vormt de 'redelijkheid' in een geval als het onderhavige - waar gesteld noch gebleken is welke schade verzoeker exact heeft geleden - geen grond voor toewijzing van de gevorderde vergoeding.

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 mei 2008,

Voorzitter