

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door F, tegen C en E beide te D
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, operatie scoliose, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.01177
Zittingsdatum : 27 januari 2010

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, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door F

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 7 januari 2009 een operatie in verband met scoliose, uitgevoerd in Istanbul (Turkije) (hierna: de aanspraak), slechts voor een gedeelte te vergoeden, te weten tot een bedrag van maximaal € 13.597,30.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 2 afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft op 2 oktober 2008 bij de ziektekostenverzekeraar de kosten gedeclareerd verbonden aan de hiervoor onder 2 genoemde operatie ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij uitkeringsbericht van 7 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk is toegewezen, tot een maximaal bedrag van € 13.597,30.
- 3.3. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 19 mei 2009 heeft verzoekster 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 dan

wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 13 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 augustus 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 14 augustus 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29088938) 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 is gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. Na te zijn uitgenodigd voor de hoorzitting, heeft verzoekster bij brief van 21 januari 2010 medegedeeld geen behoefte te hebben aan het houden van een hoorzitting. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 januari 2010 eveneens medegedeeld niet te willen worden gehoord, maar wel prijs te stellen op het geven van een nadere schriftelijke toelichting. Bij brief van 1 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt nader toegelicht. Een afschrift van deze brief is aan verzoekster gezonden, waarbij haar de mogelijkheid is geboden hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoekster heeft van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster is sinds haar vroege jeugd bekend met scoliose, waarvoor zij meerdere keren is geopereerd. Haar huisarts heeft verklaard dat in Nederland operatief geen verdere verbetering kan worden bereikt. Verzoekster is in Turkije geweest, waar haar is verteld dat een operatie wel mogelijk was. Zij heeft deze operatie ondergaan op 15 augustus 2008, en heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten, ten bedrage van € 27.352,80.
 - 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij diverse operaties heeft ondergaan die niet het gewenste effect hebben gehad. Haar wervelkolom is nog steeds misvormd. In Nederland wilde men verzoekster niet opereren vanwege de hoge risico's die hieraan zijn verbonden. In Istanbul zag men wel een kans operatief verbetering te bereiken. Verzoekster heeft de operatie ondergaan, en de kosten daarvan gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze slechts gedeeltelijk vergoed, op basis van DBC-code 05.11.00.1392.0213 met een bijbehorend tarief van € 13.597,30. Een door verzoekster geconsulteerde orthopedisch chirurg heeft echter verklaard dat de operatie bij verzoekster in Nederland zou zijn uitgevoerd in twee tempi, waarbij met een tussenpose van een aantal dagen eerst de achterzijde en dan de voorzijde van de rug zou worden benaderd. Dit betekent een verdubbeling

van de ligduur, niet één maar twee operaties, niet één maar twee maal gebruik van dure materialen, etcetera. De ingreep zoals die bij verzoekster is uitgevoerd, is zeker geen standaard scolioseoperatie en kan daarmee dan ook niet worden vergeleken. Wanneer verzoekster in Nederland zou zijn geopereerd, was de ziektekostenverzekeraar om een dubbel tarief verzocht, aldus de orthopedisch chirurg.

4.3. Verzoekster 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat eerder door hem geoordeeld is dat formeel redenen bestaan om de vergoeding van de behandeling in Turkije af te wijzen. Er was namelijk geen sprake van spoedeisende zorg en een voorafgaande verwijzing ontbrak. Op basis van de medische indicatie heeft de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk besloten dat in elk geval wel een medische grond bestaat voor vergoeding. Deze vergoeding bedraagt maximaal 100 percent van het in Nederland geldende tarief voor een soortgelijke behandeling. De ingreep betreft een operatie met klinische opname door een orthopedisch chirurg in verband met scoliose. Daarvoor geldt in Nederland de DBC-code 05.11.00.1392.0213, waarbij een vastgesteld tarief van € 13.597,30 hoort. De operatie kon technisch gezien worden uitgevoerd in Nederland, waardoor geen grond bestaat voor een hogere vergoeding. De stelling van de orthopedisch chirurg van verzoekster dat bij een dergelijke operatie bij de ziektekostenverzekeraar zou worden gevraagd om een hogere vergoeding is niet juist. Doorgaans worden extra kosten bij dergelijke operaties niet apart aangevraagd. Het bedrag dat in het A-segment wordt vastgesteld, geldt voor elke orthopedische scolioseoperatie met klinische opname. Als de werkelijke kosten van de operatie hoger uitvallen vindt geen nadere verrekening plaats. De kosten zijn dan voor rekening van het ziekenhuis.

5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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 het resterende bedrag ter hoogte van € 13.755,50 aan verzoekster te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

8.1 Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden

aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“U heeft recht op:

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*
- *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- *laboratoriumonderzoek,*
- *second opinion. (...)*”

Artikel B9 van de zorgverzekering bepaalt onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder.

Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)

Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. (...)”

- 8.2 De artikelen B24 en B9 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.3 Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.4 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1 Gelet op de onder 8 genoemde verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 genoemde geschil als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2 Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding, staat niet ter discussie dat de betreffende operatie een verzekerde prestatie is en dat verzoekster daarvoor een indicatie heeft. Voorts wordt het ontbreken van een verwijzing verzoekster niet tegengeworpen.
- 9.3 Uit de stukken blijkt dat door de ziektekostenverzekeraar de DBC-code 05.11.00.1392.0213 is gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving “Reguliere zorg // Scoliose / Operatief met klinische episode(n)”. Het betreft een code uit het A-segment, waarbij het tarief is vastgesteld op € 13.597,30. Het hanteren van deze

DBC komt de commissie, gezien de bij verzoekster uitgevoerde operatie, niet onredelijk voor.

- 9.4 Door de orthopedisch chirurg van verzoekster is verklaard dat in geval van een operatie, zoals uitgevoerd bij verzoekster, in Nederland twee DBC's zouden worden geopend, met als doel daarmee een hogere vergoeding te krijgen. De DBC Onderhoudsinstructie (DBC-Onderhoud instructies Orthopedie v20080301) bepaalt hierover het volgende:

“3.3 Behandeling in tempi

Indien logischerwijs de behandeling in tempi wordt uitgevoerd is er slechts sprake van één DBC. Uitzondering hierop is de verwijdering van osteosynthesemateriaal. Dit vormt een afzonderlijke DBC. Indien de behandeling langer dan 1 jaar duurt moet vanzelfsprekend ook een nieuwe DBC worden geopend. Indien er dan nog sprake is van een operatie dan kan hiervoor echter geen vervolg-DBC worden geopend, maar is een tweede reguliere DBC noodzakelijk. Opgemerkt dient te worden dat de situatie zoals hier geschetst binnen een reguliere orthopedische praktijk slechts zeer zelden zal voorkomen.”

Gesteld noch gebleken is dat sprake is van een situatie zoals omschreven in de DBC-onderhoudsinstructie. Om die reden is geen hogere vergoeding mogelijk ten laste van de zorgverzekering dan die waarvan de DBC-code uitgaat.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5 De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde, en dat deze ook geen onderdeel vormt van het geschil.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 maart 2010,

Voorzitter