

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, vs C te D, in deze ver-
tegenwoordigd door G te H
Zaak : Geneeskundige zorg, hoogte vergoeding endoscopische hernia-
operatie
Zaaknummer : 2008.01558
Zittingsdatum : 3 juni 2009

Zaak: 2008.01558, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding endoscopische herniaoperatie

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, in deze vertegenwoordigd door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door G te H.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 29 november 2007 een endoscopische herniaoperatie op niveau L4-5 niet volledig 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 Natura (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, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "HNP L4-5". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een "microchirurgische endoscopische discectomie " ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Op 27 november 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Bij brief van 29 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak tot een maximale vergoeding van € 2.500,00 wordt gehonoreerd.
- 3.5. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 15 mei 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.6. Bij brief van 29 juni 2008 heeft verzoeker zijn geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.7. Bij brief van 3 november 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.
- 3.8. 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. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 23 januari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt, waarbij de zorgverzekeraar heeft medegedeeld over te gaan tot een additionele vergoeding van € 520,--.
- 3.10. Op 6 februari 2009 is een afschrift hiervan aan verzoeker toegezonden.
- 3.11. Bij brief van 28 februari 2009 heeft verzoeker medegedeeld geen genoegen te nemen met dit aanbod.
- 3.12. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 16 maart 2009 medegedeeld dat verzoeker het maximale bedrag heeft ontvangen, waarop hij krachtens de aanspraken van de zorgverzekering recht heeft.
- 3.13. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 april 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.14. Bij brief van 19 maart 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 9 april 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de vergoeding voor de onderhavige operatie in overeenstemming met de polisvoorwaarden juist is vastgesteld. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.15. Verzoeker is bij brief van 4 juni 2009 in de gelegenheid gesteld een verklaring van zijn behandelend arts omtrent de spoedeisendheid van de door hem ondergane ingreep in geschil te brengen. Bij brief van 21 juni 2009 is deze verklaring ingebracht.
- 3.16. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 3 juli 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.17. Bij brief van 13 juli 2009 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat hij zijn standpunt handhaaft, omdat uit de brief van de behandelend arts blijkt dat geen sprake was van een spoedindicatie.
- 3.18. Bij brief van 3 augustus 2009 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 12 augustus 2009 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, anders dan de zorgverzekeraar stelt, een medische onderbouwing voor het spoedeisende karakter van de onderhavige behandeling aanwezig was op het moment van de aanvraag. Tot 23 november 2007 heeft verzoeker op advies van zijn huisarts de hernia onderdrukt met pijnstillers, in de hoop dat de klachten zonder operatie zouden verdwijnen. Op 23 november 2007 ontstonden echter plotseling hevige pijnen waardoor zitten niet meer mogelijk was, en verzoeker nog nauwelijks kon lopen. De medisch specialist die verzoeker toen bezocht, had in de maanden voorafgaande aan de operatie al een MRI-scan gemaakt en therapieën voorgeschreven. Deze arts adviseerde op dat moment zo spoedig mogelijk tot opereren over te gaan, waarmee de spoedeisendheid een gegeven is.
- 4.2. Op grond van bovenstaande stelt verzoeker dat hij in redelijkheid recht heeft op een vergoeding van de behandeling in een niet-gecontracteerde instelling, waarbij tevens van belang is dat de instelling waar hij is behandeld, de enige zorginstelling was die in staat bleek de ingreep op korte termijn te laten plaatsvinden.
- 4.3. Voorts stelt verzoeker dat voor de vergoeding van de behandeling dient te worden uitgegaan van een meerdaagse opname, en niet de door de zorgverzekeraar gestelde dagopname. Verzoeker heeft op 27 november 2007 de behandeling ondergaan en is op 28 november 2007 ontslagen.
- 4.4. Door de zorgverzekeraar is weliswaar een bedrag van € 2.500,-- voor de onderhavige operatie toegezegd, doch slechts een bedrag van € 2.103,66 uitgekeerd. Nadien, op 6 maart 2009 is het uitgekeerde bedrag nog aangevuld met een bedrag van € 520,--.
- 4.5. Tot slotte is van belang dat de volmachtgever van de zorgverzekeraar met de instelling waarin verzoeker is geopereerd, het afgelopen jaar een tarief van € 4.028,00 is overeengekomen voor de onderhavige operatie.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de behandelend arts hem heeft geadviseerd op korte termijn over te gaan tot opereren.
- 4.7. 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 verzoeker een naturapolis heeft, op grond waarvan bij spoedeisende zorg om zorgbemiddeling kan worden gevraagd. Indien verzoeker daarvan geen gebruik wenst te maken en zich tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder wendt bestaat recht op vergoeding van tachtig percent van de gemiddelde tarieven voor 2005. Het premieniveau van de naturapolis is daar immers op afgestemd.
- 5.2. Van spoedeisende zorg was geen sprake, aangezien zich geen plotseling optredende en bedreigende situatie voordeed die direct medisch handelen vereiste. Verzoeker was immers voor de onderhavige hernia al maanden onder behandeling van een medisch specialist, doch behoudens de verklaring van de huisarts, ontbreekt een verklaring van de medisch specialist omtrent de medische noodzaak van direct ingrijpen.

- 5.3. De behandeling vond plaats in dagopname; de DBC-prestatiecode 05.11.00.1360.0213 is de juiste. Dit is een DBC-prestatiecode uit het B-segment, hetgeen betekent dat de zorgverzekeraar met zorgaanbieders afspraken kan maken over de hoogte van de vergoeding.
- 5.4. Ten aanzien van de stelling dat prijsafspraken tussen de volmachtgever en de kliniek waar verzoeker is behandeld zijn gemaakt, geldt dat in de periode dat verzoeker is geopereerd, nog geen prijsafspraken voor de onderhavige behandeling bestonden.
- 5.5. Op grond van het Reglement restitutie kan aanspraak worden gemaakt op een bedrag van € 3.772,-- x 80 percent wegens het gebruik maken van niet gecontracteerde zorg. Het bedrag wat dan overblijft (€ 3.017,60) dient verminderd te worden met het vrijwillig eigen risico van € 396,34, zodat verzoeker recht heeft op een totaal bedrag van € 2.621,26.
- 5.6. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een advies om zo spoedig mogelijk te opereren, nimmer op schrift is ontvangen.
- 5.7. De zorgverzekeraar 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, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op 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. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- (...)

- materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen”

Verwijzing door:

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

Machtiging:

ja.”

In artikel 12 wordt , voor zover thans van belang, ten aanzien van de aanspraken in artikel 12.1 en 12.4 bepaald:

12.1. De verzekerde heeft aanspraak op zorg in natura zoals omschreven 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 2007. Het Reglement restitutie 2007 maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.de-zorgverzekeraar.nl”

Artikel 1 van de zorgverzekering bepaalt met betrekking tot de definities, voor zover hier relevant:

“29. Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;

(...)

58. Zelfstandig behandelcentrum: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.

59. Ziekenhuis:

een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelatingen zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

(...)”

Artikel 8.3 van het Reglement restitutie van de zorgverzekeraar regelt de maximale vergoedingen van medisch specialistische zorg waarvoor geen Wgm-tarieven gelden.

“(...) In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de Diagnose Behandeling Combinaties waarvoor geen Wgm-tarieven gelden. Per Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is de op grond van artikel 2, verzekerde prestaties, berekende maximale vergoeding voor de betreffende zorgaanbieders opgenomen.”

7.2. De regeling in de artikelen 12 en 15 van de zorgverzekering en artikel 8 van het Reglement restitutie is volgens artikel 2.11 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.3. 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.

Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv, terwijl in artikel 2.2, lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomsomstandigheden 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

- 7.4. 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 mededeling door de zorgverzekeraar van 29 november 2007 de operatie rughernia tot maximaal de Nederlandse DBC-tarieven te vergoeden, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg en de vraag naar de indicatie immers niet meer relevant.
- 7.6. Het onderhavige geschil spitst zich derhalve toe op de vraag of in dit geval door de zorgverzekeraar het juiste vergoedingsbedrag is vastgesteld.
- 7.7. De commissie stelt vast dat de door verzoeker ondergane behandeling, verricht door een orthopedisch chirurg, volgens beide partijen dient te worden vertaald in DBC-code 05.11.00.1360.0213, die ziet op specialisme orthopedie, reguliere zorg, HNP, operatief met klinische episode(n). Dit betreft een DBC-code uit het B-segment, waarvoor het tarief ter vrije onderhandeling tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieders staat.
Verzoeker heeft een naturapolis. Hij dient in beginsel gebruik te maken van gecontracteerde zorg. Indien hij gebruik wenst te maken van niet-gecontracteerde zorg, wordt de vergoeding daarvan geregeld in artikel 12.4 van de zorgverzekering. Ook de bepalingen over de vergoeding van zorg in het buitenland, dient tegen de achtergrond van artikel 12.4 van de zorgverzekering te worden geïnterpreteerd.
Op grond artikel 12.4 van de zorgverzekering, in samenhang met artikel 8.3 en Bijlage 1 van het Reglement restitutie van de zorgverzekeraar, wordt ten tijde van de onderhavige herniaoperatie voor bovenstaande DBC-code maximaal € 3.772,00 vergoed indien de behandeling heeft plaatsgevonden in een ziekenhuis, en een bedrag van € 2.414,00 indien de behandeling heeft plaatsgevonden in een instelling.
- 7.8. De commissie begrijpt de stellingname van partijen aldus, dat volgens verzoeker het bedrag dient te worden vergoed alsof de behandeling heeft plaatsgevonden in een ziekenhuis, terwijl de zorgverzekeraar van oordeel is dat uit dient te worden gegaan van een behandeling in een instelling, zijnde een zelfstandig behandelcentrum.
- 7.9. Dienaangaande oordeelt de commissie als volgt. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 23 januari 2009 medegedeeld voor de berekening van de hoogte van de vergoeding uit te gaan van het bedrag van een behandeling in een ziekenhuis zoals dit voor de onderhavige behandeling is opgenomen in het Reglement restitutie.
- 7.10. Voor zover de zorgverzekeraar een korting van 20 percent wil toepassen omdat sprake is van niet-gecontracteerde zorg, is de commissie van oordeel dat dit op

grond van artikel 12.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering geen blijk geeft van een onjuiste toepassing van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.11. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de spoedeisendheid concludeert de commissie dat, nu de operatie van verzoeker op 27 november 2007 heeft plaatsgevonden - dat wil zeggen 5 dagen nadat verzoeker telefonisch contact heeft gezocht met de zorgverzekeraar over de mogelijkheid om in de onderhavige kliniek te worden geopereerd - in redelijkheid niet meer gesproken kan worden van een spoedeisend karakter waarvan de zorg niet langer kon worden uitgesteld. Dit geldt temeer nu uit de verklaring van de behandelend arts van 15 juni 2009 blijkt dat geen sprake was van de acute spoedindicaties, wel van een relatieve spoedindicatie. De commissie ziet dan ook daarin geen reden om de meerkosten boven het gemiddelde door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarief te vergoeden.
- 7.12. Vorenstaande leidt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 3.772,-- minus de korting van 20 percent, minus de reeds vergoede € 2.130,66 aan de onderhavige kliniek, minus een bedrag van € 520,--, zoals reeds door de zorgverzekeraar is toegezegd. Aldus resteert een bedrag van € 396,34. Aangezien dit bedrag blijkens de brief van de zorgverzekeraar voor rekening van verzoeker blijft vanwege het door hem gekozen vrijwillig eigen risico van € 500,00 per jaar, hetgeen niet door verzoeker is weersproken, komt dit bedrag om die reden niet voor toewijzing in aanmerking.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2009,

Voorzitter