

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg Europa, diagnostisch onderzoek neklachten
Zaaknummer : 2008.01729
Zittingsdatum : 17 december 2008

Zaak: 2008.01729, geneeskundige zorg Europa, diagnostisch onderzoek neklachten

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 zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 9 mei 2007 de kosten verbonden aan een door hem in München ondergane diagnostische onderzoek niet 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 Zorgverzekering (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 op grond van een discografisch onderzoek de volgende diagnose gesteld: "cervicobrachialgie links met cephalgie bij een symptomatische instabiliteit op niveau C4-5 en een asymptomatische osteochondrose en retrospondylose op de niveaus C5-7". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan het diagnostische onderzoek, waaronder een discografisch onderzoek, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 mei 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 3 april 2008 heeft het onderzoek, 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 24 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld voor het diagnostisch onderzoek een bedrag van € 369,75 te vergoeden.
- 3.5. Bij brief van 22 juli 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 16 oktober 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 oktober 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en zorgverzekeraar hebben op 2 november respectievelijk 25 november 2008 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 24 oktober 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 24 november 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat het uitgekeerde bedrag overeenkomt met het WMG-tarief. Een afschrift van het CVZ-advies is op 26 november 2008 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij vanaf januari 2007 regelmatig telefonisch contact met de zorgverzekeraar heeft gehad, waarin hem tot vier keer toe door verschillende medewerkers is medegedeeld dat het onderhavige onderzoek zou worden vergoed, indien hij een verwijzing van de huisarts kon overleggen.
- 4.2. Indien verzoeker had geweten dat het onderhavige onderzoek niet dan wel niet volledig zou worden vergoed, had hij het onderzoek niet laten verrichten omdat hij zich dat financieel niet kan veroorloven.
- 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 verzoeker recht heeft op een vergoeding conform het in Nederland geldende tarief. Op grond daarvan heeft de zorgverzekeraar, op basis van DBC-prestatiecode 05.11.00.1201.0111 een bedrag van € 369,75 aan verzoeker vergoed.
- 5.2. Eventuele telefonisch gedane toezeggingen inzake een volledige vergoeding zijn de zorgverzekeraar niet bekend.
- 5.3. 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 gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat.

“lid 1

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. (...)

De aanspraak omvat de medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van de opname.

(...)

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als:

a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op intramurale zorg;

(...)

verwijzing:

voor de medisch specialistische zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, (...), medisch specialist (...)

zorgverlener:

de medisch specialistische zorg wordt verleend door een ziekenhuis, medisch specialist (...)

Bij zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de zorgverzekeraar vermeld staat.”

Artikel 11 Buitenland, bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

“lid 1

(...) In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener

of instelling zou zijn verleend.”

Artikel 4 van het Restitutie Reglement behorende bij de Zorg-op-maatpolis, bepaalt voor zover hier van belang:

*“4 Medisch-specialistische zorg
(...)*

2. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een ziekenhuis waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, voor zover het extramurale zorg betreft, maximaal negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende A-tarief.

3. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een extramuraal medisch specialist of ZBC waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, vijfenzeventig procent van de voor de betreffende zorg door de zorgverlener afgegeven, gespecificeerde nota, tot een maximum van vijfenzeventig procent van het voor de betreffende zorg geldende WTG tarief.”

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

“Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, 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.”

- 7.2. De regeling in de artikelen 1, 11 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.
- 7.3. 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 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 aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 Bzv 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.
- 7.4. 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 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 24 juli 2007 vergoeden van het onderhavige onderzoek, tegen het in Nederland geldende tarief, is de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg en de indicatie in dit geschil beantwoord. In geschil is derhalve de hoogte van de vergoeding.
- 7.6. De door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 05.11.00.1201.0111 ziet op Reguliere zorg / arthrosis/spondylosis/cervicale wervelkolom/conservatief poliklinisch. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 369,75 ten tijde van de aanvraag. De commissie is van oordeel dat, gelet ook op artikel 11 onder b van de zorgverzekering, door de zorgverzekeraar de onder de gegeven omstandigheden een passende DBC-code is toegepast.
- 7.7. Voorts berust de DBC-systematiek 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 inbegrepen 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-code geëigend is.
- 7.8. Het onder 7.6 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties, waarbij sprake is van een behandeling in het buitenland, niet per definitie het geval zal zijn, doet geen aanspraak op een hogere vergoeding ontstaan. Feit is immers dat het gehanteerde tarief in de Nederlandse marktomstandigheden toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest. De zorgverzekeraar heeft kenbaar gemaakt in zijn brieven van 2 maart en 17 april 2007 dat aan verzoeker de kosten zouden worden vergoed tot het maximum van het in Nederland geldende tarief.
- 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. Aangezien 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 stelt dat hem meerder malen telefonisch een toezegging is gedaan door een, niet bij naam genoemde, helpdeskmedewerker, en deze hem de mededeling heeft gedaan dat de onderhavige zorg wordt vergoed indien hij over een verwijzing van zijn huisarts beschikt, overweegt de commissie als volgt.
- 7.11. Voorop moet worden gesteld dat de zorgverzekeraar niet gebonden kan worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitspraken waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de zorgverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlich-

tingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de zorgverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de zorgverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.

- 7.12. In het onderhavige geval is overigens niet komen vast te staan noch aannemelijk geworden dat van enige (zij het onjuiste) telefonische toezegging sprake is geweest . Ook de telefoonregistratie van de zorgverzekeraar biedt hiervoor geen steun. Daarbij komt dat dergelijke toezeggingen voor de verzekerde doorgaans van zodanig gewicht zijn dat in de regel verwacht mag worden dat hij deze zijnerzijds schriftelijk aan de zorgverzekeraar zal bevestigen dan wel daarvan een schriftelijke bevestiging van de zorgverzekeraar zal vragen.
- 7.13. Met de brief van 2 maart 2008 van de zorgverzekeraar wordt verzoeker uitgelegd dat niet meer dan het in Nederland geldende tarief voor de betreffende zorg zal worden uitgekeerd, hetgeen bepaaldelijk niet te valt beschouwen als een bevestiging van een toezegging in de door verzoeker bedoelde zin.
- 7.14. Aangezien bedoeld onderzoek op 3 april 2004 heeft plaatsgevonden, komt de commissie tot het oordeel dat het beroep van verzoeker op een vermeende telefonische toezegging onder deze omstandigheden niet kan stand houden.
- 7.15. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 december 2008,

Voorzitter