

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Mondzorg, kaakchirurgie, buitenland, verwijderen cyste onderkaak
Zaaknummer : 2007.1821
Zittingsdatum : 5 december 2007

Zaak: 2007.1821, mondzorg, kaakchirurgie, buitenland, verwijderen cyste onderkaak

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 2.7 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 het besluit van de zorgverzekeraar van 1 mei 2007 inzake de hoogte van de vergoeding voor een in Londen (Engeland) uitgevoerde behandeling, te weten het verwijderen van een cyste uit de onderkaak.

3 Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter-Af-polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Bij brief van 1 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de bij hem uitgevoerde niet-spoedeisende behandeling in het buitenland door een behandelaar die niet is gecontracteerd door de zorgverzekeraar, wordt vergoed tot maximaal 100% van het in Nederland geldende tarief indien de hulp in Nederland zou zijn verleend en krachtens de dekking van de polis zou zijn vergoed, hetgeen neerkomt op een vergoeding van € 446,63.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 17 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat het bedrag dat maximaal wordt vergoed € 675,88 bedraagt.

3.4. Bij brief van 28 augustus 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige behandeling volledig te vergoeden.

3.5. 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.

3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 17 oktober 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 19 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Op 19 oktober 2007 is verzoeker 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 verzoeker en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het CVZ heeft op 15 november 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 december 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Op 7 december 2007 is verzoeker verzocht zijn ter zitting ingebrachte stelling nader te onderbouwen.
- 3.12. Bij brief van 9 januari 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het CVZ bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht en door verzoeker bij brief van 21 december 2007 nader is onderbouwd, geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is een 45-jarige man. Sinds 1980 is hij bekend met een ameloblastoom in de linkeronderkaak, die na excisie herhaaldelijk is teruggekeerd en verwijderd. In april 2001 zijn om deze reden tevens de elementen 36 en 37 verwijderd. In december 2006 is bij een jaarlijkse controle wederom een recidief van bovengenoemde tumor geconstateerd. Uit de brief van zijn behandelend kaakchirurg van 1 december 2006 blijkt dat een radicale benadering van zijn aandoening thans noodzakelijk is. Het gaat daarbij om een halfzijdige onderkaakresectie met zo mogelijk een primaire reconstructie met bijvoorbeeld een vrije gevasculariseerde fibulatransplantaat. Hiertoe is de casus voorgelegd aan een multidisciplinair team.
- 4.2. Verzoeker heeft kenbaar gemaakt zich nog eens te willen oriënteren op de ingrijpende, voorgestelde behandeling, in binnen- en buitenland. Hierdoor is hij terecht gekomen bij de University College Hospital in Londen. De kaakchirurg van dit ziekenhuis heeft begrip voor de wens van verzoeker en heeft zich bereid verklaard nog éénmaal de meer behouden behandeling - te weten excisie van de ameloblastoom uit de onderkaak - uit te voeren. Deze ingreep heeft op 1 mei 2007 plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker heeft van de zorgverzekeraar toestemming gekregen voor de onderhavige behandeling, maar kan zich niet vinden in de hoogte van de vergoeding, te weten € 675,88. Hij stelt dat de toestemmingsbrief gedateerd is op de dag van de operatie en daarmee dus te laat was. Voorts stelt hij dat bij een telefonisch verzoek om informatie is verteld dat de ingreep voor hetzelfde bedrag zou worden vergoed als naar Nederlands tarief gebruikelijk is.

4.4. Ter zitting heeft verzoeker gesteld dat hij een indicatie had voor de opname van twee dagen na de kaakchirurgische behandeling, en dat de vergoeding van deze twee ligdagen de kern van het geschil vormt.

4.5. Tegen de achtergrond van bovenstaande, en het feit dat de operatie zoals voorgesteld door zijn kaakchirurg in Nederland meer kostbaar is en meer risico met zich draagt, is verzoeker van oordeel dat de door hem op 1 mei 2007 ondergane operatie volledig vergoed dient te worden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker toestemming gegeven voor een niet-spoedeisende behandeling in het buitenland, conform het in Nederland geldende marktconforme tarief. Na in eerste instantie een bedrag van € 446,63 te hebben toegezegd, is bij de heroverweging van 17 juli 2007 dit bedrag gecorrigeerd tot € 675,88. Voor de vergoeding is in overleg met het VU declaratiecode 234011 vastgesteld, met omschrijving 'operatieve verwijdering van grote benigne tumoren of cysten in de kaak of weke delen'.

5.2. Voor zover verzoeker meent dat hem is toegezegd dat vergoed zou worden hetgeen de behandeling in Nederland zou kosten, stelt de zorgverzekeraar dat dit correct is. De vergoeding heeft conform het maximale Nederlandse tarief plaatsgevonden. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat verzoeker geen hogere vergoeding toekomt.

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. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. 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 geregeld 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.

7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Op het belang van deze constatering zal in het vervolg worden teruggekomen. Vergoeding voor chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard is geregeld in de artikelen 28 en 29 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 28 bepaalt ten algemene:

" U heeft aanspraak op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticci, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden zoals beschreven in artikelen 28 t/m 34."

Artikel 29 luidt, voor zover hier relevant, als volgt:

"U heeft aanspraak op chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en de daarbij behorende röntgenonderzoek (. . .)

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg. "

Vergoeding van zorg in het buitenland wordt geregeld in artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat, voor zover hier van belang, het volgende vermeld:

"De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op: (. . .)

vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal:

- indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;

- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief,'

- indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag."

- 7.3. De regeling van de artikelen 28 en 29 van de 'lijst van aanspraken' en artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering, zijn volgens artikel 2 van de voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. 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. Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 lid 5 van het Bzv.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Tussen de zorgverzekeraar en verzoeker is uitsluitend de hoogte van de vergoeding voor de onderhavige ingreep in geschil. De commissie is van oordeel dat de zorgverzekeraar terecht de declaratiecode 234011, die ziet op 'operatieve verwijdering van grote benigne tumoren of cysten in de kaak of weke delen', heeft gehanteerd. Op grond van deze declaratiecode mag volgens de 'Tariefbeschikking Kaakchirurgie per 1 april 2007' van de Nederlandse Zorgautoriteit door de kaakchirurg maximaal € 84,00 in rekening worden gebracht. Blijkens de algemene bepalingen betreffende

tariefgroep 11, waaronder de door verzoeker ondergane behandeling valt, geldt het tarief voor de volledige behandeling van die aandoening.

Voor het gebruik van de operatiekamer, de verstrekking van medicamenten en bacteriologisch en/of pathologisch-anatomisch onderzoek kunnen alleen door de instelling kosten in rekening worden gebracht. Voor dit deel mag op grond van declaratiecode 234011 ten tijde van de behandeling volgens de NZa Tariefapplicatie € 318,50 voor de ziekenhuiskosten en € 48,50 voor het specialistenhonorarium - de anesthesioloog - in rekening worden gebracht.

Aangezien de operatieve verwijdering van grote benigne tumoren of cysten in de kaak of weke delen normaliter plaatsvindt gedurende een dagbehandeling en verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat in zijn situatie sprake was van een medische indicatie die twee overnachtingen rechtvaardigen, concludeert de commissie uit bovenstaande dat voor de door verzoeker ondergane behandeling, ten tijde daarvan, het maximumtarief in Nederland € 451,00 bedroeg.

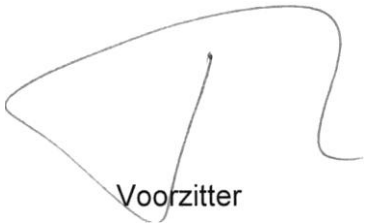
- 7.7. De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar is uitgegaan van dezelfde ziekenhuiskosten en specialistenhonorarium als hiervoor vermeld, waarbij de zorgverzekeraar de ziekenhuiskosten heeft verhoogd met 21,47 percent. Voorts heeft de zorgverzekeraar het specialistenhonorarium op € 240,50 vastgesteld. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar aldus € 224,88 meer heeft vergoed aan verzoeker dan het maximumtarief dat in Nederland voor de behandeling van verzoeker wordt gehanteerd. Op een hogere vergoeding dan verstrekt kan verzoeker derhalve geen aanspraak maken.

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 februari 2008,



Voorzitter