

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, buitenland, Hallux Rigidus-operatie
Zaaknummer	: ANO07.0142
Zittingsdatum	: 20 juni 2007

Zaak ANO07.0142, Geneeskundige zorg, buitenland, Hallux Rigidus-operatie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. J.H.A. Teulings)

(Vooraarden zorgverzekering 2006, art. 11, 13 en 14 Zvw, 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 het besluit van de zorgverzekeraar van 27 juni 2006 inzake het niet (volledig) vergoeden van een Hallux Rigidus-operatie in Nordhorn (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

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

3.2 Bij brief van 27 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat op basis van het restitutiereglement niets, respectievelijk slechts een gedeelte van de kosten van de behandeling in Nordhorn (€ 4.162,11) vergoed zal worden.

3.3 Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 4 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld het in Nederland geldende marktconforme tarief, namelijk € 2.295,56, als uitgangspunt voor de hoogte van de vergoeding te nemen.

3.4 Bij brief van 1 december 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar op te dragen de totale kosten van de onderhavige behandeling te vergoeden.

3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 9 februari 2007, aangevuld bij brief van 28 februari 2007, zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7 Bij brief van 25 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8 Op 2 mei 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 College voor zorgverzekeringen heeft op 23 mei 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.
- 3.10 Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 20 juni 2007 in persoon, respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.11 Bij brief van 2 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie bij brief van 25 juli 2007 meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1 Verzoeker is in 1997 betrokken geraakt bij een zwaar verkeersongeluk in Frankrijk. Gevolg hiervan was dat hij in de loop der jaren diverse malen is geopereerd. Verzoeker is zonder succes aan zijn grote teen behandeld. Na een tijd is hem te kennen gegeven dat aan deze teen niets meer te doen was. Ook andere artsen van andere ziekenhuizen vertelden verzoeker hetzelfde. In de tussentijd zijn verzoeker orthopedische schoenen aangemeten.
- 4.2 In 2006 is verzoeker onderzocht door een dokter uit Nordhorn (Duitsland). Deze heeft verzoeker te kennen gegeven dat hij hem wel kon helpen door middel van een operatie. Verzoeker heeft vervolgens contact opgenomen met de zorgverzekeraar en heeft deze op diens verzoek op 27 mei 2006 een prijsopgave gestuurd. Verzoeker is op 27 juni 2006 succesvol is geopereerd. Hij kan thans normale schoenen dragen en hoeft niet wekelijks naar het ziekenhuis voor de wondbehandeling. Op 29 juni 2006 heeft verzoeker van de zorgverzekeraar een afwijzing op zijn verzoek tot vergoeding van de kosten van de operatie ontvangen. Nadien bleek de zorgverzekeraar bereid een bedrag van € 2.295,56 te vergoeden, doch dat bedrag dekt bij lange na niet de totale kosten van de behandeling.
- 4.3 Verzoeker vindt het niet correct dat de zorgverzekeraar bereid is slechts een gedeelte van de kosten van de operatie te vergoeden. Volgens verzoeker druist dit in tegen zijn rechtsgevoel, daar de werkelijk gemaakte kosten veel hoger zijn.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar verwijst naar zijn polisvoorwaarden en geeft aan dat hij kosten vergoedt voor zover deze in de Nederlandse marktomstandigheden passend worden

geacht. De kosten die vergoed worden voor zorg in het buitenland kunnen nimmer hoger zijn dan de kosten die in Nederland vergoed worden.

- 5.2 Volgens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar bestaat voor de ingreep die verzoeker heeft ondergaan een DBC-code: 0511.00.2050.02.12. De vergoeding hiervoor bedraagt maximaal € 2.295,56.

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 Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. 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 omschreven 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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2 Het betreft hier een naturapolis, zodat verzoeker in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Vergoeding van medisch specialistische zorg door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder is geregeld in de artikelen 8.4 en 11 van de zorgverzekering. In de voor de onderhavige behandeling relevante bepalingen wordt, voorzover hier van belang, het volgende aangegeven:

Artikel 8.4:

"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden, (...)."

Artikel 11 bepaalt:

- a. Verzekerde dient de zorg of andere diensten, waarop hij ingevolge de zorgverzekering recht heeft, in beginsel te betrekken van een door zorgverzekeraar ter zake van die zorg gecontracteerde aanbieder.*
b. Voor zover verzekerde die zorg of een andere dienst betreft van een niet gecontracteerde aanbieder, heeft hij recht op vergoeding van de kosten van deze zorg of andere dienst overeenkomstig hetgeen hieronder bij 'Vergoeding bij niet gecontracteerde aanbieder' is bepaald.
c. (...)

d. (...);

e. Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet gecontracteerde aanbieder overeenkomstig het WTG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Zorgverzekeraar betreft in zijn vaststelling de gebruikelijke kosten zoals de betrokken aanbieder die in rekening brengt, de gangbare kosten die soortgelijke aanbieders in rekening brengen, en de redelijkheid gegeven de omstandigheden.”

- 7.3 Op grond van artikel 2 van de polisvoorwaarden, vindt de zorgverzekering zijn grondslag in de Zvw, de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten, en het door verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De inhoud van de verzekerings-overeenkomst is weergegeven in de modelovereenkomst en de zorgpolis. Deze worden geacht te voldoen aan de Zvw. In geval van strijdigheid prevaleert het bepaalde bij of krachtens de Zvw.
- 7.4 Voor de beoordeling van het onderhavige geschil zijn de navolgende wettelijke bepalingen relevant.
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.
Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Het betreft onder andere zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. In artikel 2.1 lid 2 van het Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand der wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten
Artikel 13 lid 1 van de Zvw regelt dat indien een verzekerde bepaalde vormen van zorg van een andere zorgaanbieder betreft, dan de zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst tot het leveren van zorg gesloten heeft, het de zorgverzekeraar is die de vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten vaststelt.
- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 Vervolgens stelt de commissie vast dat tussen partijen niet ter discussie staat dat de onderhavige behandeling behoort tot de verzekerde prestaties volgens de zorgverzekering. Ook bestaat geen verschil van mening over het antwoord op de vraag of verzoeker een indicatie heeft voor de behandeling. Enkel de hoogte van de vergoeding houdt partijen verdeeld. Derhalve zouden de kosten van de Hallux Rigidus-operatie, indien deze in een door de zorgverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis zou zijn uitgevoerd, volledig zijn vergoed.
- 7.7 Verzoeker heeft niet dan wel onvoldoende bestreden dat de operatie ook in Nederland had kunnen worden uitgevoerd in een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling. Het is derhalve de eigen keuze van verzoeker geweest om

de behandeling in een niet gecontracteerde instelling in het buitenland te laten plaatsvinden, zodat artikel 11 onder b van de zorgverzekering van toepassing is. In dat kader is door de zorgverzekeraar, met betrekking tot de onderhavige behandeling, DBC-code 05.11.00.20.50.02.12 gehanteerd. Deze wordt toegepast bij zowel een Hallux Valgus als bij een Hallux Rigidus. Voor de hoogte van de vergoeding maakt dit geen verschil.

De commissie acht de aan verzoeker toegekende vergoeding van € 2.295,56 passend in de Nederlandse marktomstandigheden, zodat de vergoeding in overeenstemming is met artikel 11 onder e van de zorgverzekering.

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, 17 juli 2007,

Voorzitter