

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg Turkije, secundaire implant lens na traumatische afakie
Zaaknummer : 2008.01561
Zittingsdatum : 22 april 2009

Zaak: 2008.01561, geneeskundige zorg, secundaire implant lens na traumatische afakie

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, art 13 lid 1 van het Nederlands-Turkse verdrag inzake sociale zekerheid)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C- te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 21 september 2007 de door haar in Turkije gewenste oogoperatie slechts tot maximaal € 950,00 te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (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 oogarts in Turkije heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "traumatische afakie en hoge hyperopie, postoperatief uveïtis en secundair glaucoom ten gevolge van een dropped nucleus". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "het plaatsen van een intraoculaire lens en het operatief behandelen van de postoperatieve complicaties" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 september 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.
- 3.3. Op 14 en 16 juni 2007 hebben de behandelingen, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, deels overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 31 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 16 juli 2008 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 16 februari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 februari 2009 toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 maart 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 9 april 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 20 februari 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 18 maart 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster in te willigen voor zover de reeds uitgekeerde vergoeding lager is dan het tarief dat bij de juiste DBC-prestatiecode hoort. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Op 22 april 2009 zijn verzoekster in persoon en de zorgverzekeraar telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 23 april 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 28 april 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij van 1977 tot 2001 bij haar oogarts in Nederland onder behandeling is geweest na een perforatie met een naald in het linkeroog. In 1977 is de perforatie met traumatisch cataract gesloten en is een lensspoeling aan het linkeroog verricht. Haar oog is toen afaak gelaten. Destijds was de technologie nog niet zover om standaard een intra-oculaire lens bij een kind terug te plaatsen.
- 4.2. Bij de laatste controle in 2001 bedroeg de visus recht ongecorrigeerd 1.0 en de visus in het linkeroog was zonder correctie 2/300 tot 1/60. In 2001 is tevens het linkeroog, dat gedurende de jaren 12^o divergent was gaan staan, rechtgezet.
- 4.3. Verzoekster heeft vele jaren een kunstlens gedragen omdat een bril onvoldoende kon corrigeren. Door het langdurig dragen van een kunstlens is de oppervlakte van de cornea dermate beschadigd dat een kunstlens niet langer meer kan en mag worden gedragen.
- 4.4. Verzoekster kan zich niet vinden in de hoogte van de vergoeding van € 950,00. Zij stelt dat in het oogziekenhuis in Rotterdam de behandeling van één oog minimaal

€ 2.000,00 kost. Haar eerste operatie in Turkije heeft € 2.200,00 gekost, de tweede operatie bedroeg € 3.480,00. Voorts stelt verzoekster dat zij uit een e-mail van de Focuskliniek van 29 mei 2007, een onderdeel van het oogziekenhuis in Rotterdam, begrijpt dat geen lens kan worden geplaatst in een oog met een sterkte van meer dan +4, omdat het oog dan vaak te klein is om een lens in te plaatsen.

- 4.5. Verzoekster stelt telefonisch contact te hebben gehad met de zorgverzekeraar omdat zij erg veel last had van haar linkeroog en snel geholpen wilde worden. De zorgverzekeraar heeft documentatie gevraagd bij haar arts en haar medegedeeld dat zij de operatie alvast kon ondergaan in Turkije. Daar bleek tijdens de operatie dat nog lensresten in het oog aanwezig waren en dat om die reden een tweede operatie nodig was.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het weldegelijk om een spoedeisende operatie ging.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 voor de vergoeding van de onderhavige operatie uitgegaan is van DBC-prestatiecode 01.11.00.1554.0032, een cataractoperatie, omdat (i) sprake is van plaatsing van een "cataract"-lensje in het oog met afakie, (ii) als gevolg van complicaties ook sprake is van vitrectomie en (iii) het plaatsen van een lens in een oog met afakie gelijk staat aan een cataractoperatie waarbij de lens niet wordt verwijderd.
- 5.2. Omdat een cataractoperatie geen spoedeisende operatie is, bedraagt de vergoeding van de behandeling overeenkomstig de polisvoorwaarden van de zorgverzekering maximaal honderd percent van het Nederlandse tarief. Dit komt neer op een bedrag van € 950,--.
- 5.3. Verzoekster heeft op 8 juni 2007 bij het zorgkantoor een verzoek ingediend voor vergoeding van de onderhavige operatie in Turkije, nadat zij op een fax van haar huisarts van 29 mei 2007 geen antwoord had ontvangen. Daarbij is niet vermeld dat de operatie al op 11 juni 2007 zou plaatsvinden. Door deze wijze van handelen heeft verzoekster het de zorgverzekeraar niet mogelijk gemaakt vóóraf nog een en ander te beoordelen. Dat de operatie vervolgens heeft plaatsgevonden zonder voorafgaande toestemming, dient voor rekening van verzoekster te blijven, aangezien deze operatie in Nederland had kunnen plaatsvinden, zoals ook blijkt uit de verklaring van de medisch specialist van verzoekster. De algemene e-mail van het oogziekenhuis in Rotterdam van 29 mei 2007 maakt dit niet anders, temeer nu niet duidelijk is welke vraag daarin is gesteld.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat blijkbaar communicatiemisverstanden zijn opgetreden tussen het oogziekenhuis en verzoekster over de aard van de behandeling, waardoor verzoekster onjuist is voorgelicht. Dit kan echter de zorgverzekeraar niet worden tegengeworpen.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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 artikel 8 van de zorgverzekering. Artikel 8.4 lid 1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Hierin staat, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:

*“Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (...) medisch specialisten (...) plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek (...)”
(...)*

In artikel 8.2 van de zorgverzekering wordt ten algemene bepaald:

“De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.”

Met betrekking tot de vergoeding bepaalt artikel 11 lid b van de zorgverzekering:

“Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg overeenkomstig het WMGtarief, 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.”

De vergoeding van zorg, genoten in een andere Europese lidstaat, is geregeld in artikel 13. Hierin wordt, voor zover hier relevant, het volgende bepaald.

*“a De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg te verlenen door een door zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder buiten Nederland.
b In het geval dat verzekerde de zorg inroept van een niet door zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten van zorg plaats conform het bepaalde in artikel 11.”*

- 7.2. De regeling in de artikelen 8.4, 11 en 13 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 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 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. Artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turkse verdrag inzake sociale zekerheid (hierna: het Verdrag) bepaalt dat recht op prestaties bestaat tijdens verblijf in Turkije, indien sprake is van een noodzakelijke onmiddellijke geneeskundige behandeling.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In geschil is of verzoekster voor de door haar in Turkije ondergane oogoperaties recht heeft op een hogere vergoeding dan het door de zorgverzekeraar betaalde bedrag van € 950,00. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.7. Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding oordeelt de commissie als volgt. Noodzakelijke onmiddellijke geneeskundige behandelingen, genoten in een Verdragsland, zoals in dit geval Turkije, kunnen op twee manieren worden vergoed, te weten op grond van hetzij het Verdrag, hetzij de zorgverzekering. In het eerstgenoemde geval dient gedurende het verblijf in Turkije, het tarief te worden vergoed zoals dat is vast gelegd in het Administratief Akkoord dat bij het Verdrag is overeengekomen. In het tweede geval dient door de zorgverzekeraar het in Nederland geldende marktconforme tarief te worden vergoed. Door de zorgverzekeraar is een en ander verwoord in artikel 13 van de zorgverzekering. Beoordeeld dient te worden of de onderhavige zorg kan worden gekwalificeerd als een noodzakelijke onmiddellijke geneeskundige behandeling.
- 7.8. Vast staat dat door de zorgverzekeraar aan verzoekster een N/TUR 111-formulier is verstrekt voor de periode van 3 maart tot en met 31 december 2007. Op grond van dit formulier heeft verzoekster conform het Verdrag recht op noodzakelijke onmiddellijke geneeskundige behandeling overeenkomstig de sociale regelgeving in Turkije, welk bedrag vervolgens zonder tussenkomst van verzekerde in Nederland wordt gedeclareerd. Hieruit leidt de commissie af dat deze niet door het ziekenhuis is geaccepteerd. Dit kan verzoekster echter niet worden tegengeworpen. Een verzekerde kan namelijk ook achteraf bij zijn zorgverzekeraar nota's indienen. Beoordeeld dient dan te worden of sprake is geweest van noodzakelijke onmiddellijke geneeskundige behandeling.
- 7.9. Dienaangaande staat vast dat verzoekster, daags voor haar eerste oogoperatie, aan de zorgverzekeraar toestemming heeft gevraagd voor de onderhavige operatie. Daarmee is gegeven dat deze zorg niet kan worden gekwalificeerd als een noodzakelijke onmiddellijke geneeskundige behandeling.
- 7.10. Rest de beoordeling van de hoogte van de vergoeding tegen de achtergrond van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.11. De door de zorgverzekeraar toegepaste DBC-prestatiecode 01.11.00.1554.0032, gezocht op de maand van de behandeling, staat voor 'reguliere zorg / cataract / verichtingen met dagopname(n)'. Dit betreft een DBC-prestatiecode uit het B-segment,

zodat het tarief voor deze behandeling ter vrije onderhandeling tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieders staat. De commissie is van oordeel dat, gezien de diagnose die bij verzoekster is gesteld, niet de meest passende DBC-prestatiecode is toegepast. Voor deze behandeling dient DBC-prestatiecode 01.11.00.0559.0032 te worden toegepast, die ziet op reguliere zorg door een oogarts, overige pathologie lens, in dagopname, hetgeen door de zorgverzekeraar ter zitting is onderschreven. Het hierbij behorende tarief, ten tijde van de behandeling, bedroeg € 1.251,70. Dit betekent dat verzoekster aanspraak kan maken op de uitbetaling van het verschil tussen vorenge-noemd bedrag en de reeds vergoede € 950,--. Dit komt neer op een bedrag van € 301,70.

- 7.12. De onder 7.11 bedoelde DBC-tarieven zijn gekoppeld aan een volledige behandeling en worden geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief. Naast het DBC-tarief werd door de Nederlandse Zorgautoriteit per ziekenhuis en per periode een verrekenpercentage vastgesteld. Dit percentage, dat de vorm kon hebben van een toeslag, maar ook van een korting, diende onder andere ter compensatie van onderzoeks- en scholingstaken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld, en was afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds. Nu het verrekenpercentage afhankelijk was van de situatie in het ziekenhuis, en het - anders dan het DBC-tarief – niet rechtstreeks verband hield met de uitgevoerde behandeling, ziet de commissie geen dwingende reden in geval van behandeling in het buitenland een toeslag of korting toe te passen.
- 7.13. Voor zover het verzoek ziet op de separate vergoeding voor de operatie van 11 juni 2007 oordeelt de commissie dat het dossier, ondanks expliciete verzoeken daartoe, te weinig gegevens bevat om de vergoeding daarvan te beoordelen.
- 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor het bedrag van € 301,70.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, met dien verstande dat verzoekster aanspraak heeft op betaling van een nader bedrag ter grootte van € 301,70.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker tevens een bedrag ad € 37,-- dient te vergoeden.

Zeist, 6 mei 2009,

Voorzitter