

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, hernia-operatie
Zaaknummer	: ANO07.295
Zittingsdatum	: 17 oktober 2007

Zaak: ANO07.295 (Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, hernia-operatie)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mw. mr. A.C. van den Boogaard en mr. J.H.A. Teulings)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv)

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 het besluit van de zorgverzekeraar van 3 maart 2007 inzake het niet (volledig) vergoeden van een hernia-operatie.

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 het Basispakket, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een tweetal aanvullende verzekeringen.
- 3.2. Bij brief van 3 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de kosten van een hernia-operatie niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat geen machtiging voor een hernia-operatie kon worden afgegeven. Bij brief van 4 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de hernia-operatie gedeeltelijk zal worden vergoed.
- 3.4. Bij brief van 16 juni 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de hernia-operatie geheel te vergoeden.
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 2 augustus 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 30 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 30 augustus 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 17 oktober 2007 in persoon, respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 4 oktober 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 5 oktober 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 17 oktober 2007 in persoon gehoord en de zorgverzekeraar is op deze datum telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar heeft ook geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 18 oktober 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 meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 42-jarige vrouw. Zij heeft in november 2006 een HNP-operatie L4/5 links ondergaan in een ziekenhuis te Assen. In december 2006 kreeg verzoekster pijnklachten, waarna een groot recidief HNP bleek te bestaan. Verzoekster is door dezelfde medisch-specialist geopereerd in januari 2007, die toen in een zelfstandig behandelcentrum te Heerenveen werkzaam was. Hij heeft haar gewaarschuwd dat de tweede operatie hoogstwaarschijnlijk niet zou worden vergoed. Wegens de spoedeisendheid en de feestdagen heeft verzoekster er niet aan gedacht vooraf contact met de zorgverzekeraar op te nemen.
- 4.2. Beide operaties hebben door middel van de PTED-methode plaatsgevonden. Het is onbegrijpelijk dat de zorgverzekeraar de eerste operatie volledig, en de tweede operatie slechts gedeeltelijk vergoedt. Verzoekster komt tot de conclusie dat de tweede operatie volledig moet worden vergoed.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de kosten van behandelingen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder tot 80% van de gemiddelde tarieven worden vergoed. Voor een reguliere hernia-operatie, zoals verzoekster deze in november 2006 heeft ondergaan, staat volgens DBC-code 05 11001 3600 212 een bedrag van € 2.104,-. Door een rekenfout heeft de zorgverzekeraar 80% van een bedrag van €1.750,-, zijnde € 1.400,- aan verzoekster uitgekeerd. In dit bedrag zijn echter niet de honorariumkosten meegenomen. Uitgaande van het volledige DBC-tarief zou verzoekster nog recht hebben op een betaling van € 283,20.

- 5.2. Uit de stukken van de eerste operatie blijkt niet dat deze heeft plaatsgevonden door middel van de PTED-methode (percutane transforaminale endoscopische discectomie). De tweede operatie heeft wel volgens deze methode plaatsgevonden. Dit is echter, gelet op het advies van het College voor zorgverzekeringen (RZA 2007, 10), geen gebruikelijke zorg. Op grond van de polisvoorwaarden komt niet-gebruikelijke zorg niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.3. De tweede operatie had niet behoeven te worden vergoed. De vergoeding is abusievelijk toegekend. Verzoekster hoeft het bedrag van € 1.400,- daarom niet terug te betalen, maar een hoger bedrag zal niet worden vergoed. Door de fout is van de polisvoorwaarden afgeweken; verdere rechtsongelijkheid ten opzichte van andere verzekerden moet worden voorkomen.
- 5.4. De zorgverzekeraar stelt tot slot dat verzoekster wel degelijk gelegenheid had gehad om contact met hem op te nemen in december 2006. Op feestdagen zelf is het kantoor van de zorgverzekeraar gesloten, maar op andere dagen was hij bereikbaar. Verzoekster had er niet zonder meer vanuit mogen gaan dat de kosten vergoed zouden worden. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de vordering van verzoekster moet worden afgewezen.
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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen.
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 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.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg en/of hulpverleners in dienst van de zorgverzekeraar. Artikel 2.3 van de zorgverzekering stelt onder andere dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk, en bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied als verantwoorde en adequate zorg geldt.
- 7.3. Artikel 10 (uitsluitingen) bepaalt, voor zover hier van belang:

“Er bestaat geen aanspraak op:

10.1 (...)

10.2 zorg of vergoeding van de kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden 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; (...)”

- 7.4. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 15 van de zorgverzekering.
- 7.5. Artikel 12.4 van de zorgverzekering bepaalt dat als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat 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.
- 7.6. De regeling van de artikelen 2.3, 10, 12.4 en 15 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.7. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving 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. 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv.
- 7.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.9. 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 kwestie in het midden kan blijven. Met de brieven van de zorgverzekeraar van 4 mei 2007 en 2 augustus 2007 is de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg immers feitelijk beantwoord.
- 7.10. Rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. Het betreft hier een DBC uit het B-segment waarover de zorgverzekeraar met de zorginstelling kan onderhandelen. Op basis van deze onderhandelingen is in het Reglement restitutie van de zorgverzekering een bedrag opgenomen, hetwelk bij toepassing van artikel 12.4 van de zorgverzekering als uitgangspunt dient te worden gehanteerd. De commissie constateert dat de zorgverzekeraar, in afwijking hiervan, is uitgegaan van het - hogere - tarief, zoals dit in 2006 door het ziekenhuis te Assen is berekend, te weten € 2.104,-. Nu een vergoeding op basis van 80% van dit tarief is toegezegd, is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar een aanvullende betaling van € 283,20 aan verzoeker dient te doen.

- 7.11. Dat de toezegging - achteraf gezien – ten onrechte werd gedaan, kan de zorgverzekeraar niet baten. Gesteld noch gebleken is dat ten tijde van de beslissing over de aanvraag tot vergoeding van de tweede operatie van de zijde van verzoekster onjuiste, onvolledige of misleidende informatie is verstrekt. Van de zorgverzekeraar mag worden verwacht dat hij alle relevante feiten onderzoekt en controleert voordat hij een toezegging doet. Hij heeft aldus een onderzoeksplicht. Het niet (goed) nakomen van de onderzoeksplicht leidt in beginsel tot een verzuim hetgeen tot gevolg heeft dat op de toezegging niet terug kan worden gekomen.
- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, met inachtneming van hetgeen in overweging 7.10 is overwogen, dient te worden toegewezen. Dit betekent concreet dat de zorgverzekeraar een bedrag van € 283,20 aan verzoekster dient te vergoeden.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 7 november 2007

Voorzitter