

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, Brazilië, septoplastie bij neusfractuur na trauma
Zaaknummer : 2008.02908
Zittingsdatum : 1 juli 2009

Zaak: 2008.02908, geneeskundige zorg, Brazilië, septoplastie bij neusfractuur na trauma

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, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door de E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 21 mei 2008 de door haar in Brazilië ondergane septumcorrectie niet 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 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 Braziliaanse KNO arts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "afwijking van het neustussenschot waardoor totale obstructie van de neusholte". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "de chirurgische correctie van het neustussenschot" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 mei 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

3.3. Op 5 december 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 16 juni 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.5. Bij brief van 18 december 2008 heeft verzoekster haar zaak aan de SKGZ voorgelegd, waarna een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.6. Bij brief van 2 maart 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is

de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.

- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 7 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 mei 2009 aan verzoekster toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 mei 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 13 mei 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 8 juni 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29052257) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster in te willigen omdat de behandeling van een neusfractuur bij voorkeur binnen 1 tot 2 dagen blijkt te moeten worden verricht. Een afschrift van het CVZ-advies is op 17 juni 2009 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 1 juli 2009 mondeling respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 2 juli 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 6 juli 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 in december 2007 na een ongeval met de fiets in Brazilië direct telefonisch contact is gezocht met de zorgverzekeraar om te vragen welke documenten nodig waren voor de declaratie en of daarvan een vertaling diende te worden meegezonden. Haar is toen medegedeeld dat zij slecht de nota behoefde in te dienen. Een vertaling was evenmin nodig, want daarvoor is er immers een afdeling buitenland, zo is haar verzekerd.
- 4.2. Verzoekster begrijpt dan ook niet dat haar op enig moment, na inzending van de nota conform afspraak, alsnog om een vertaling van de nota werd verzocht. Na ommekeer van die vertaling werd verzoekster om even onbegrijpelijke redenen verzocht een medische verklaring aan te leveren.
Na telefonisch overleg is haar medegedeeld dat zij met een verklaring van de huisarts mocht volstaan. Na het indienen van deze verklaring is haar wederom om een medische verklaring uit Brazilië gevraagd. Deze is toen met veel moeite door verzoekster aangevraagd en, eveneens voorzien van vertaling bij de zorgverzekeraar

ingediend.

- 4.3. Verzoekster kan zich niet vinden in de stelling van de zorgverzekeraar dat door de Braziliaanse arts zorg is verleend die niet berust op een deugdelijke handelwijze. Op het internet heeft zij informatie gevonden waaruit blijkt dat bij meer complexe fracturen bij verwondingen van het neustussenschot, een open reductie nodig is. Deze behandeling wordt ook uitgevoerd bij mensen met een zwelling bij wie niet gewacht kan worden tot deze is afgenomen voordat ze worden behandeld. Dit is nu precies de situatie waarin verzoekster verkeerde.
- 4.4. Verzoekster stelt dat zij op grond van artikel 9.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering recht heeft op vergoeding van spoedeisende zorg tijdens vakantie dan wel tijdelijk verblijf in het buitenland. Onder spoedeisende zorg wordt onvoorzienbare zorg verstaan die redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. Omdat uit de verklaring van de behandelend arts blijkt dat verzoekster in het geheel niet meer door haar neus kon ademen, was een snelle ingreep noodzakelijk.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij, naast de vergoeding voor de in Brazilië ondergane neusoperatie, aanspraak maakt op de vergoeding van de kosten voor de vertaling van de uit Brazilië afkomstige documenten en de wettelijke rente over de periode van 11 januari 2008 tot en met 30 juni 2009.
- 4.6. 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 de behandeling van een neusfractuur door middel van een septoplastie niet een dag na het ontstaan van de fractuur kan worden verricht. Eerst dient de zwelling af te nemen en pas na zes tot acht weken kan pas operatief ingegrepen worden. De vorm van zorg die derhalve door de Braziliaanse arts is verleend, voldoet niet aan het criterium 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Om die reden komt de in Brazilië ondergane neusoperatie niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. Voorts ontbreekt in de verklaring van de arts de datum van het ongeval. Zij verklaart slechts dat verzoekster een neusobstructie rechts vertoont na het ongeval. Omdat niet beoordeeld kan worden hoe de omstandigheden waren op het moment van de ingreep, is op 14 april 2009 aanvullende informatie opgevraagd. Verzoekster heeft ervoor gekozen hier niet op in te gaan.
- 5.3. De zorgverzekeraar stelt kortom dat hij niet overtuigd is van het spoedeisende karakter van de ingreep.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat hij zich niet kan vinden in het advies van het CVZ, omdat nog altijd stukken ontbreken, zoals een deugdelijk operatieverslag.
- 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Hierin staat, voor zover relevant in deze situatie, bepaald:

*“Omschrijving:
geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”*

*Verwijzing door:
huisarts (...), medisch specialist (...)*

*Machtiging:
ja.”*

Met betrekking tot het buitenland is, voor zover hier relevant, in artikel 9 bepaald:

“9.2. Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf

*9.2.1. Spoedeisende zorg
Spoedeisende zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. Voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de [naam zorgverzekeraar]-Hulpdienst, telefoonnummer (...).
[naam zorgverzekeraar] adviseert de verzekerde om de [naam zorgverzekeraar]--Hulpdienst in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis. (...)*

*9.2.4. Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is
De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, heeft voor spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als genoemd in artikel 9.2.3. (...)*

*9.2.3. Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een EU-/EER-land of verdragsland, in het geval de verzekerde woonachtig is in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is
De verzekerde die woonachtig is in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, en die tijdelijk verblijft in een EU-/EER-land of verdragsland, heeft voor spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:
- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [naam ziektekostenverzekeraar] in dat land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven.*

Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

9.4. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland.

In alle gevallen geldt dat bij het inroepen van niet-spoedeisende zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde, voor het inroepen van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaande met verblijf, voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig heeft, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg.

- 7.2. De regeling in de artikelen 15 en 9 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 inhoud en omvang in algemene bewoordingen geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Artikel 2.1 verwijst in het eerste lid naar artikel 2.4, waarin is bepaald dat geneeskundige zorg zorg omvat zoals onder meer huisartsen die plegen te bieden. In artikel 2.1, tweede lid is voorts bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 is 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. In geschil is of een septoplasie, verricht binnen 24 uur na een neusfractuur door een trauma, voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk en daarmee kan worden beschouwd als spoedeisende zorg.
- 7.6. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt. Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo vol-

ledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.

Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 7.7. Indien uit tenminste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.
- Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 7.8. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken meer speciaal met betrekking tot de spoedeisendheid van de onderhavige behandeling bij de diagnose van verzoekster is door het CVZ in zijn advies van 8 juni 2009 (zaaknummer 29052257) uitgevoerd. De conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare. De commissie leidt uit het advies van het CVZ af dat behandeling van een neusfractuur bij voorkeur binnen een á twee dagen wordt verricht en dat uitstel, bij eventuele zwelling, van zes tot acht weken geen gebruikelijke zorg is. Daarmee staat naar het oordeel van de commissie voldoende vast dat er in het geval van verzoekster bij haar behandeling in Brazilië een indicatie was voor spoedeisende hulp in de zin van de polisvoorwaarden. Niet valt in te zien dat verstrekking van nadere medische gegevens als door de zorgverzekeraar verzocht tot een andere conclusie zou kunnen leiden. Dit geldt temeer nu de zorgverzekeraar, ondanks het ontbreken van die bepaalde stukken, bij brief van 16 juni 2008 zijn definitieve beslissing op grond van zorginhoudelijke criteria kenbaar heeft gemaakt. Rest de vraag naar de hoogte van de vergoeding.
- 7.9. Voor het vaststellen van het marktconform tarief voor zorg die in het buitenland is genoten sluit de commissie aan bij de richtlijnen die zijn opgenomen in eerdere jurisprudentie van het CVZ, onder andere RZA 2006.77 van 21 maart 2006. Op grond hiervan worden de losse zorgcomponenten van de in het buitenland genoten zorg vertaald in een diagnose-behandel-traject waaraan in de Nederlandse systematiek een DBC-code is gekoppeld, met een bijbehorend tarief. Dit tarief dient vervolgens als marktconform tarief te worden aangemerkt.
- 7.10. Voor de onderhavige behandeling komt de commissie in het licht van vorenstaande tot DBC-prestatiecode 02.11.00.0034.0213, die staat voor specialisme KNO/reguliere zorg/neustrauma/klinisch met therapeutische verrichtingen. De daarbij behorende

vergoeding ten tijde van de behandeling in december 2007, bedraagt volgens de Nza tariefapplicatie € 2.134,20.

- 7.11. Het onder 7.10 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt 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.
- 7.12. Met betrekking tot de ter zitting door verzoekster gevorderde kosten oordeelt de commissie als volgt. De vordering van de kosten van de vertaling is op grond van artikel 10.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering uitgesloten tenzij de zorgverzekeraar voorafgaand een schriftelijke akkoordverklaring heeft gegeven. De commissie is van oordeel dat het beroep van de zorgverzekeraar op dit artikel, vanwege eerdere mededelingen dat geen vertaling nodig was omdat daarvoor de afdeling buitenland bestaat en de mededeling dat een verklaring van de huisarts voldoende was, in de gegeven omstandigheden niet kan slagen. De gevorderde kosten van € 59,50 dienen dan ook om die reden te worden toegewezen.
- 7.13. Met betrekking tot de gevorderde wettelijke rente stelt de commissie vast dat de zorgverzekeraar bij brief van 11 juli 2008 door de rechtsbijstandverlener van verzoekster aansprakelijk is gesteld voor de door verzoekster geleden en nog te lijden schade. Tot die schade behoort tevens de wettelijke rente op de voet van artikel 6:119 BW, zodat die schade tevens voor vergoeding in aanmerking komt.
- 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen ter hoogte van een bedrag van € 2.134,20 + € 59,50 = € 2.193,70, te vermeerderen met de wettelijke rente vanaf 11 januari 2008 tot aan de dag van volledige betaling van dit bedrag.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek met inachtneming van het onder 7.14 overwogene toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 12 augustus 2009,

Voorzitter