

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, colposcopie, conisatie en liexcisie
Zaaknummer : 2009.02184
Zittingsdatum : 7 april 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 20 mei 2009 om van de kosten ad € 2.591,52 ter zake van een colposcopie, conisatie en een lisexcisie, uitgevoerd te Istanbul (Turkije) een gedeelte tot een bedrag van € 1.462,74 te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 4 sterren en de Beter Af Tandarts Polis 2 sterren afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan de onder 2 omschreven ingrepen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak tot een bedrag van € 1.462,74 wordt ingewilligd.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 25 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij aanmeldingsformulier van 9 oktober 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 22 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 januari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 11 maart respectievelijk 6 april 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 26 januari 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 februari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010011422) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, aan te houden, en eerst te onderzoeken of de behandeling is uitgevoerd onder locale verdoving of onder narcose, hoe lang verzoekster opgenomen is geweest, en of wellicht door de arts twee maal een lisexcisie in rekening is gebracht. Een afschrift van het CVZ-advies is op 17 maart 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 april 2010 op het advies gereageerd. Een afschrift daarvan is aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Bij verzoekster is door de gynaecoloog de volgende diagnose gesteld: "Afwijkende cervixcytologie (via huisarts): PAP IIb met ernstige dysplasie, matige atypie van endocervicale cilindrisch epitheel. Patiënte heeft al jaren fluorklachten. Geen onregelmatige bloedingen, geen contactbloedingen". De gynaecoloog heeft verzoekster een "colposcopie met bipten" aangeraden, waarna een "lisexcisie dan wel conisatie of eventueel uterusextirpatie" zou plaatsvinden.
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij vanwege de wachtlijst in Nederland, en het risico dat zij voortijdig zou komen te overlijden, de behandeling in Turkije heeft laten plaatsvinden. Er is op tijd toestemming gevraagd en verleend, en alle stukken zijn aangeleverd die noodzakelijk waren voor de ziektekostenverzekeraar om tot vergoeding over te kunnen gaan. Ten onrechte is volledige vergoeding uitgebleven.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in eerste instantie een bedrag van € 865,45 was toegezegd voor de behandeling, omdat alleen een colposcopie uitgevoerd zou worden. Toen bleek dat een andere behandeling had plaatsgevonden, namelijk een lisexcisie, is de vergoeding verhoogd naar € 1.462,76. Deze bedragen zijn gebaseerd op het bedrag dat in Neder-

land voor deze behandelingen wordt uitgekeerd. Verzoekster heeft conform de polisvoorwaarden recht op maximaal 100 percent van het Nederlands tarief. De ziektekostenverzekeraar acht het niet aannemelijk dat bij verzoekster een colposcopie, een conisatie en een liexcisie hebben plaatsgevonden.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de colposcopie, conisatie en liexcisie volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.462,76 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 4 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op (poliklinische) medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)

Artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

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

- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van [de zorgverzekering] tot maximaal:*
 - wanneer 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 marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. (...)"*

- 8.2. Artikel 4 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering en artikel 18 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg wanneer gebruik wordt gemaakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een vergoeding van € 1.462,76 voor de door verzoekster ondergane operatie in Istanbul kan de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoekster daarvoor een indicatie heeft, onbesproken blijven. Enkel de hoogte van de vergoeding is in geschil.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft voor het vaststellen van de hoogte van de vergoeding de DBC-code 07.11.00.0G19.0502 gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving “Reguliere zorg // cervixafwijking incl. afwijkende cervixcytologie / operatief groep 1 met dagopname(n)”. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat in eerste instantie een colposcopie zou plaatsvinden met een bijbehorend tarief van € 865,45. Uiteindelijk is een lisexcisie uitgevoerd, zo blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar uit een verklaring van de Turkse arts. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot uitbetaling van een bedrag van € 1.462,74, behorend bij eerder genoemde DBC-code, die volgens hem betrekking heeft op een conisatie.
- 9.3. Verzoekster betreft de stelling dat zij zowel een colposcopie als een lisexcisie en een conisatie heeft ondergaan en heeft ter onderbouwing hiervan een nota overgelegd. Hiertegenover heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat het niet aannemelijk is dat zowel een colposcopie als een lisexcisie en een conisatie hebben plaatsgevonden.
De ziektekostenverzekeraar heeft het gelaten bij een blote vooronderstelling zonder enige onderbouwing daarvan, hetgeen ertoe leidt dat de onderbouwde stelling van verzoekster in deze voor juist moet worden gehouden aangezien de ziektekostenverzekeraar zijn stelling niet aannemelijk heeft gemaakt.0.
- 9.4. Gelet op vorenoverwogene dient de ziektekostenverzekeraar de kosten voor zowel de colposcopie, de lisexcisie als de conisatie aan verzoekster te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Hij dient daarbij te onderzoeken welke DBC-codes bij genoemde behandelingen horen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de door verzoekster ondergane behandeling in Istanbul, zodat op basis daarvan geen vergoeding mogelijk is.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, zoals onder 9.4 overwogen, alsmede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster dient te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van het bepaalde onder 9.4.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 19 mei 2010,

Voorzitter