

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A t B vs.C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, hernia-operatie
Zaaknummer : ANO07.412
Zittingsdatum : 19 december 2007

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO07.412, geneeskundige zorg, buitenland, hernia-operatie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11, 13, 14 Zvw, 2.1 en 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 25 oktober 2006 inzake het niet vergoeden een hernia-operatie, uitgevoerd te Istanboel (Turkije).

3. Ontstaan en verloop van het geding

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

3.2. Bij brief van 25 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de door hem ingediende declaratie betreffende een hernia-operatie, uitgevoerd te Istanboel (Turkije), niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 24 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te wijzigen in die zin dat de verrichte operatie wordt vergoed met inachtneming van de in Nederland geldende tarieven.

3.4. Bij brief van 4 juni 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de bovengenoemde behandeling volledig te vergoeden.

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door 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 28 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 29 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw.
- 3.8. Op 29 oktober 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 CVZ heeft bij brief van 28 november 2007 de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 december 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. Verzoeker heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar heeft ook aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 20 december 2007 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het CVZ de commissie medegedeeld 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 heeft op 17 april 2006 in het Memorial Hospitaal in Istanbul een hernia-operatie ondergaan. Deze operatie was niet succesvol en op 9 september 2006 heeft in het Florence Nightingale Hospitaal in Istanbul met spoed een tweede operatie plaatsgevonden. De behandelend artsen alsmede behandelmethoden waren verschillend. De eerste operatie is door de zorgverzekeraar vergoed. De tweede was spoedeisend omdat verzoeker niet meer kon lopen. Vanuit het Florence Nightingale Hospitaal is door vrienden en later door verzoeker gebeld met het servicecentrum van de zorgverzekeraar. Er is toen verteld dat verzoeker de tweede operatie ook in het Memorial was ondergaan deze kosten zonder meer vergoed zouden worden.
- 4.2. De tweede operatie die verzoeker heeft ondergaan bestaat uit een laminotomie, een foraminotomie en de plaatsing van een zogenaamde interspous implant, een Coflex. Het plaatsen van het implantaat betreft een substantieel deel van de behandeling. De overige operatie-onderdelen hangen hiermee, en met de indicatie kanaalstenose, nauw samen.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de door verzoeker in september 2006 ondergane operatie in Istanboel als spoedeisende zorg wordt beschouwd. Verzoeker heeft toestemming gekregen om ten laste van de zorgverzekering een klassieke HNP te laten verrichten bij een acute hernia. De kosten van deze operatie worden vergoed tot maximaal het in Nederland geldende tarief.

- 5.2. De zorgverzekeraar verwijst hiervoor naar de relevante artikelen uit de toepasselijke voorwaarden. Dit betekent dat € 3.866,49 vergoed zal worden. Deze vergoeding is gebaseerd op de DBC-code 250013600213.
- 5.3. Ten aanzien van de operatie die, volgens verzoeker, verricht is op 17 april 2006 geeft de zorgverzekeraar aan dat hem niet bekend is dat deze operatie vergoed is; er is geen toestemming gegeven en er zijn geen facturen gedeclareerd.

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. 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 geregeld 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 gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg of hulpverleners in dienst van de zorgverzekeraar. Aanspraak op medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 2b van de Lijst van aanspraken van de zorgverzekering. Hierin wordt, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“Medisch specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling en onderzoek behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

In artikel 12 van de Lijst van aanspraken van de zorgverzekering wordt, voor zover hier van belang, bepaald:

*“1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 7 lid 2 van de Algemene Voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of*

Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

a aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;

b aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering: tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend; indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

(...).

4 Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.”

- 7.3. Volgens artikel 4 lid 1 van de zorgverzekering is de verzekeringsovereenkomst gebaseerd op de Zvw, het Bzv, met de daarbij behorende Rzv, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- 7.4. 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. geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv.
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. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Nu de zorgverzekeraar de in Turkije ondergane hernia-operatie, waarbij ook een dynamische prothese (coflex) is geplaatst, alsnog gedeeltelijk heeft vergoed, staat de gebruikelijkheid van de operatie kennelijk niet meer ter discussie, zodat de vraag of in het onderhavige geval sprake is van een behandeling die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk gepasseerd wordt.
- 7.7. Rest nog het punt van de hoogte van de vergoeding. Uit het verslag van prof. dr. Hamzaoglu van de Florence Nightingale Hospital te Istanboel van 18 september 2006, blijkt dat verzoeker is geopereerd aan een hernia.
De commissie heeft vastgesteld dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 250013600213 ziet op een klinische opname bij een lage rug hernia.
Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 3.866,49 ten tijde van de aanvraag.

- 7.8 De DBC-systematiek heeft als uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Dit is door de zorgverzekeraar verwoord in artikel 1 van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin de definitie van de Diagnose Behandel Combinatie tarief staat. Aangezien alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn begrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie ook hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-code aangewezen is.
Dat in een eerder geval een hoge vergoeding is verleend, maakt het voorgaande niet anders.
- 7.9 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 januari 2008

Voorzitter