

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, chirurgisch verwijderen Norplant®-implantaten
Zaaknummer	: 2008.01376
Zittingsdatum	: 25 maart 2009

Zaak: 2008.01376, geneeskundige zorg, chirurgisch verwijderen Norplant®-implantaten.

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 en 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 de beslissing van de zorgverzekeraar van 30 november 2007 het verwijderen van Norplant®-implantaten 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 Basispolis Basic (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 gynaecoloog heeft bij verzoekster een klachtenpatroon vastgesteld, bestaande uit bloedverlies, buikpijnlachten en contactbloedingen, ernstige mastopathie en hoofdpijn. Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan het verwijderen van een Norplant®-implantaten ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Op 2 juli 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt plaatsgevonden.
- 3.4. Bij brief van 22 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 1 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 27 mei 2008 heeft verzoekster haar geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Deze poging heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 31 juli 2008 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 € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 12 december 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 december 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op 29 december 2008 respectievelijk 19 maart 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 18 december 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 16 januari 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster in te willigen omdat (i) haar aanvraag dient te worden beoordeeld op grond van de zorgvraag, die gerelateerd is aan mammapathologie, en niet aan anticonceptie en (ii) de door de zorgaanbieder foutief vastgestelde DBC-prestatiecode niet aan verzoekster mag worden tegengeworpen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 21 januari 2009 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 25 maart 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 7 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 10 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 de zorgverzekeraar zijn afwijzing baseert op een implantaat van het merk Implanon®, terwijl in haar situatie implantaten van het merk Norplant® zijn ingebracht. Dit klemmt temeer omdat implantaten van het merk Norplant® sinds 2002 niet meer worden voorgeschreven vanwege de vele en vaak sterke bijwerkingen. De onderhavige ingreep was om die reden medisch noodzakelijk.
- 4.2. De stelling van de zorgverzekeraar dat verzoekster zich had behoren te realiseren dat de kosten van het verwijderen van de Norplant®-implantaten voor eigen rekening zouden komen, is in haar situatie niet van toepassing. De plaatsing van de onderhavige implantaten heeft plaatsgevonden in Peru, waar verzoekster vandaan komt.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de verwijdering van de implantaten heeft plaatsgevonden in het Slotervaartziekenhuis, en niet in het OLVG. De nota is dan ook afkomstig van het Slotervaartziekenhuis. Omdat een incassopro-

cedure dreigde, heeft verzoekster de rekening intussen voldaan.

4.4. 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 het feit dat het ziekenhuis de rekening bij mevrouw declareert en niet bij de zorgverzekeraar al aangeeft dat het om een niet verzekerde prestatie gaat. De in rekening gebrachte DBC-prestatiecode betreft een zogenaamde 'rode DBC', dat wil zeggen een DBC-prestatiecode die niet ten laste van de zorgverzekering mag worden vergoed. De vraag of een behandeling medisch noodzakelijk is, is dan niet meer relevant.

5.2. Voorts blijkt dat verzoekster noch haar behandelend medisch specialist voorafgaand aan de behandeling contact heeft opgenomen met de zorgverzekeraar.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandelend arts blijkbaar op drie locaties werkzaam is. Voor het OLVG, één van die locaties, zijn elektronische declaraties verwerkt en betaald, een en ander conform het advies van het CVZ. Daarmee heeft de zorgverzekeraar aan zijn verplichting voldaan.

5.4. 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 1 e.v. van de 'Lijst van Aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 2b van de "lijst van Aanspraken" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Voor zover hier relevant, wordt hierin het volgende bepaald:

"Omschrijving:

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.

Zorgverlening:

ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluitingen:

(...)

- behandeling gericht op sterilisatie en het ongedaan maken van sterilisatie van man of vrouw;
(...)

Machtiging:

ja, vooraf bij (dag)opnames voor plastisch chirurgische behandelingen.”

- 7.2. De regeling in artikel 2b 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is 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. 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 het verwijderen van de Norplant®-implantaten wordt gedekt door de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.6. Het verwijderen van dergelijke implantaten is, naast zorg die onder het domein van de huisarts valt, te beschouwen als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de zorgverzekering.
- 7.7. Hoewel het verwijderen van de Norplant®-implantaten - een in Nederland niet op de markt gebracht maar in ontwikkelingslanden wel veelgebruikt anticonceptivum - kan plaatsvinden in het kader van vervanging in verband met voortgezet gebruik, is dit niet noodzakelijkerwijs altijd het geval.
In de onderhavige situatie heeft, blijkens de schriftelijke verklaring van de medisch specialist, de verwijdering van de Norplant®-implantaten plaatsgevonden in verband met de beoordeling en behandeling van ernstige mastopathie. Een dergelijke behandeling is niet uitgesloten van de omvang van het verzekerde pakket.
- 7.8. Voor deze behandeling had het ziekenhuis echter niet DBC-prestatiecode 03.07.00 0G18.0502 dienen te declareren, maar DBC-prestatiecode 03.07.11.00.0G26.0101, die staat voor reguliere behandeling van mammapathologie, conservatief, poliklinisch, door een gynaecoloog.
- 7.9. De commissie is van oordeel dat verzoekster zorg heeft ontvangen die op grond van de zorgverzekering dient te worden vergoed. Kennelijk is ook de zorgverzekeraar die mening toegedaan, nu hij – weliswaar aan het OLVG – een betaling heeft verricht op basis van de correcte DBC-prestatiecode. Zodoende resteert de vraag of de zorgverzekeraar terecht heeft geweigerd de nota, met daarop de onjuiste DBC-

prestatiecode, te vergoeden, en zo nee, of sprake is geweest van bevrijdende betaling. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende.

- 7.10. Omdat verzoekster een naturapolis heeft, mag het feit dat haar door de zorgaanbieder (die met de zorgverzekeraar immers een overeenkomst heeft gesloten) een foutieve DBC-prestatiecode voor de onderhavige behandeling in rekening is gebracht, niet worden tegengeworpen. De zorgverzekeraar dient dit op te nemen met de zorgaanbieder; de tussen hen gesloten overeenkomst biedt daarvoor voldoende basis.
 - 7.11. Vervolgens is door de zorgverzekeraar de stelling ingenomen dat het juiste bedrag al werd betaald aan het OLVG.
Zoals door verzoekster aannemelijk is gemaakt en door de zorgverzekeraar niet althans onvoldoende is betwist, heeft de behandeling plaatsgehad in het Slotervaartziekenhuis. De in het geding zijnde nota is ook van dit ziekenhuis afkomstig. Een en ander leidt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar, door te betalen aan het OLVG, niet bevrijdend heeft betaald, en dat hij derhalve gehouden is aan verzoekster te vergoeden het bedrag van de nota van het Slotervaartziekenhuis voor DBC-prestatiecode 11000G180502, te weten € 1.065,45.
Met betrekking tot de eventuele onverschuldigde betaling aan het OLVG is de commissie niet bevoegd.
 - 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
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, 22 april 2009,

Voorzitter