

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, EU/EER, TLIF L4-5
Zaaknummer : 2009.00086
Zittingsdatum : 20 mei 2009

Zaak: 2009.00086, geneeskundige zorg, EU/EER, TLIF L4-5

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 27 mei 2009 de door haar in België ondergane rugoperatie tot een bedrag van € 5.753,43 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 ZorgKeuzepolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoekster op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de aanvullende verzekering Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "grote hernia en discopathie op niveau L4-5 links". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een hernia resectie en discectomie met stabilisatie op niveau L4-5" ten bedrage van € 11.690,14 ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak wordt gehonoreerd tot een bedrag van € 5.753,43.
- 3.3. Op 12 februari 2008 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 ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 2 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 7 januari 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 26 maart 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 april 2009 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 april 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 1 april 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 10 april 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29033990) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker in te willigen omdat door de zorgverzekeraar de verkeerde behandelas is toegepast. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 9 juni 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 12 juni 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 begin februari de onderhavige behandeling in België, te weten een TLIF op niveau L4-5 in verband met haar hernia is aangevraagd. Daarbij is door de zorgverzekeraar nadere informatie opgevraagd. Uit de brief van de behandelend orthopedisch chirurg van 5 februari 2008 blijkt dat het om een herniaresectie en een discectomie gaat, met stabilisatie. Ook het voorschrift van de behandelend arts van verzoekster van 11 februari 2008 spreekt van een fusie.
- 4.2. Verzoekster kan zich niet vinden in de hoogte van de vergoeding, welke is vastgesteld op een bedrag van € 5.753,43, terwijl haar kosten vele malen hoger zijn. De kosten van het ziekenhuis bedragen € 11.690,14; de kosten van een controleconsult in september 2008 bedragen € 111,33 en de kosten van een rugcorset dat op 15 februari 2008 is geleverd bedragen € 942,23.
- 4.3. Omdat het om voor verzoekster noodzakelijke zorg gaat, kan zij niet aanvaarden dat zo'n groot deel van de kosten voor eigen rekening zou blijven.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat het door de zorgverzekeraar gestelde Nederlandse tarief van € 5.700,-- voor de onderhavige operatie ook in Nederland de

kosten daarvan niet kunnen dekken.

- 4.5. In reactie op de na de zitting door de zorgverzekeraar bij brief van 29 mei 2009 gedane toezegging alsnog een bedrag van € 5.936,71 te zullen nabetalen, heeft verzoekster aangegeven dat daarmee volledig aan haar verzoek tot vergoeding van de kosten van de door haar ondergane rugoperatie is tegemoet gekomen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de vergoeding voor de onderhavige operatie op basis van het tarief voor DBC-prestatiecode 05.11.00.1360.0213, vermeerderd met 50 percent in verband met een beleidsregel van de zorgverzekeraar, op een bedrag van € 5.753,43 is vastgesteld.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar desgevraagd medegedeeld dat hij op basis van een andere DBC-prestatiecode zal overgaan tot een berekening van de aanvullende vergoeding.
- 5.3. Bij brief van 29 mei 2009 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld op basis van het advies van het CVZ en op grond van DBC-prestatiecode 05.11.00.1365.0223 een aanvullend bedrag van € 5.936,71 te vergoeden.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Aangezien de zorgverzekeraar uiteindelijk heeft toegezegd volledig tegemoet te komen aan de aanspraak van verzoekster, beslist de commissie als volgt.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 12 augustus 2009,

Voorzitter