

ANONIEM

Bindend advies

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, herniaoperatie
Zaaknummer	: ANO08.029
Zittingsdatum	: 23 januari 2008

VOORLEGGER

Zaak: ANO08.029, geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, herniaoperatie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 11 en 13 Zvw, 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 het besluit van de zorgverzekeraar van 7 mei 2007 inzake de hoogte van de vergoeding voor een endoscopische decompressie.

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 [naam zorgverzekeraar] Standaardverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 7 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat niet overgegaan zou worden tot vergoeding van de reeds gemaakte kosten met uitzondering van het consult a €112,65.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 1 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven doch wel over te gaan tot vergoeding van 80% van de kosten die gelden voor een soortgelijke zorgvorm, zijnde een bedrag van €1570,95.
- 3.4. Bij brief van 5 juli 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van deze endoscopische decompressie voor 80% te vergoeden dan wel de volledige kosten van een herniaoperatie in het UMCG.
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 18 september 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op

26 oktober 2007 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Bij brief van 19 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 28 november 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 28 december 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting 4 januari 2008 aan partijen gezonden. Het college adviseert eerst duidelijkheid te verkrijgen over de bij de operatie gevolgde techniek.
- 3.10. Verzoekster is op 23 januari 2008 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar is op 23 januari 2008 telefonisch gehoord.
- 3.11. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar deed evenzo.
- 3.12. Bij brief van 25 januari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie op meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een vrouw van 71 jaar en reeds enige maanden lijdend aan rugpijnen. In januari 2007 is een stenose geconstateerd. In het UMCG was pas mogelijkheid tot opereren medio april 2007. Gezien de pijnklachten is verzoekster op zoek gegaan naar alternatieven. Deze heeft zij gevonden in de particuliere kliniek van dr. Van Iperenburg. Verzoekster heeft een drietal malen contact gehad met haar zorgverzekeraar. De eerste maal werd haar te verstaan gegeven dat men geen contract had met deze kliniek. In vervolcontacten werd haar verteld dat men 80% van de behandeling zou vergoeden.
- 4.2. Na de operatie heeft verzoekster haar nota ingediend bij de zorgverzekeraar. Deze werd in eerste instantie volledig afgewezen. Bij nader inzien werd vervolgens 80% van de gemiddelde prijs voor een gewone hernia operatie vergoed.
- 4.3. Verzoekster stelt dat 80% van de door haar gemaakte kosten vergoed moet worden echter met een minimum van de volledige kosten voor een gewone herniaoperatie. Zij had door de lange wachtlijst bij het UMCG geen andere keuze.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat hij de kosten van behandelingen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder tot 80% van de gemiddelde tarieven die gelden voor een soortgelijke zorgvorm vergoedt. Voor een reguliere hernia-operatie, staat volgens DBC-code 05 11001 3600 212 een bedrag van € 2.104,50. Tachtig procent van dit

bedrag is gelijk aan €1683, 60. Omdat reeds €112, 65 voor het consult is uitgekeerd is het bedrag van €1570,95, zijnde het rest bedrag van €1683,60, aan verzoekster nabetaald.

5.2. De zorgverzekeraar stelt niet over te gaan tot verdere betalingen.

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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

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 omschreven 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 is aangewezen op gecontracteerde zorg en/of hulpverleners in dienst van de zorgverzekeraar. Artikel 2.3 van de zorgverzekering stelt onder andere dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk, en bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied als verantwoorde en adequate zorg geldt.

7.3. Artikel 10 (uitsluitingen) stelt vervolgens, voor zover hier van belang:

"Er bestaat geen aanspraak op:

10.1 (...)

10.2 zorg of vergoeding van de kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk, en bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg;
(...)"

7.4. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg staat vermeld in artikel 15 van de zorgverzekering.

7.5. Artikel 12.4 van de zorgverzekering stelt dat als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2006, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders.

- 7.6. De regeling van de artikelen 2.3, 10, 12.4 en 15 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.7. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. 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. 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. Medisch-specialistische zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv.
- 7.8. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.9. De commissie is, op basis van de in het dossier aanwezige stukken, van oordeel dat de beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, in deze kwestie in het midden kan blijven. Met de brief van de zorgverzekeraar van 1 juni 2007, waarin deze met verwijzing naar de betreffende polisvoorwaarde verklaart (zoals herhaald in diens brief van 2 augustus 2007) 80% van de kosten van een herniaoperatie te vergoeden, en wel op basis van de gemiddelde tarieven van de behandeling, blijft de vraag of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk, buiten dit geschil.
- 7.10. Verzoekster heeft niet aannemelijk kunnen maken dat haar in afwijking van wat de polisvoorwaarden ter zake bepalen toezeggingen zijn gedaan dat van de haar voor de behandeling (daadwerkelijk in rekening gebrachte) kosten 80% wordt vergoed. De gespreksverslagen van de verzekeraar duiden hier ook niet op. De commissie is derhalve van mening dat verzoekster zich in deze niet kan beroepen op een hogere vergoeding op grond van gedane telefonische toezeggingen.
- 7.11. Verzoekster heeft tenslotte nog naar voren gebracht dat, toen haar na de door de neuroloog gestelde diagnose uit informatie was gebleken dat voor behandeling in een ziekenhuis in Groningen een wachttijd stond van twee maanden zij de zorgverzekeraar eind februari daar telefonisch van in kennis heeft gesteld. Verzoekster zou bij die gelegenheid hebben geïnformeerd bij de zorgverzekeraar naar de mogelijkheden voor een niet klinische behandeling in een ziekenhuis met een kortere wachttijd en daarbij ook uitdrukkelijk de mogelijkheid van een poliklinische behandeling in de kliniek van dr Ipreburg te Heerenveen te hebben genoemd. Degene die haar te woord stond zou hebben gereageerd met de mededeling dat zij het niet wist en dat verzoekster hierover nog zou worden teruggebeld. Aangenomen dat een dergelijk gesprek eind februari 2007 heeft plaats gevonden - alhoewel een telefoongesprek van eind februari 2007 niet voorkomt in het door de zorgverzekeraar geproduceerde overzicht van telefoonnotities met verzoekster - merkt de commissie het volgende op. Uit de door verzoekster gestelde gang van zaken leidt de commissie af dat verzoekster na het bewuste telefoongesprek vervolgens, zonder bij de zorgverzekeraar te hebben gerappelleerd toen zij van die kant niets meer hoorde, heeft besloten tot de onderhavige behandeling in genoemde kliniek. Daarbij wijst de commissie er op dat een wachttijd van twee maanden naar de bestaande maatstaven voor een herniaoperatie

niet als onaanvaardbaar wordt gezien, ook niet in die zin dat verzoekster moest worden geacht op behandeling in genoemde kliniek te zijn aangewezen

- 7.12. Resteert nog de vraag over de hoogte van de vergoeding. Het betreft hier een DBC uit het B-segment, te weten DBC-code 05 11001 3600 212, waarover de zorgverzekeraar met de zorginstelling kan onderhandelen. Op basis van deze onderhandelingen is in het Reglement restitutie van de zorgverzekering een bedrag opgenomen, hetwelk bij toepassing van artikel 12.4 van de zorgverzekering als uitgangspunt dient te worden gehanteerd. De zorgverzekeraar heeft 80% van de prijs van een reguliere hernia operatie uitgekeerd, zijnde €1683, 60 en heeft hiermee een juiste uitvoering gegeven aan het restitutiereglement. De door de zorgverzekeraar gebruikte DBC-code is overigens dezelfde als degene die dr. Ipremburg heeft gebruikt en wel de code die staat voor een herniaoperatie met dagopname.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat de zorgverzekeraar niet hoeft over te gaan tot verdere vergoeding en het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af

Zeist, 13 februari 2008,

Voorzitter