

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B versus C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, EU-EER, Unicodylair implantaat knie,
klassenverpleging
Zaaknummer : 2008.02442
Zittingsdatum : 3 juni 2009

Zaak: 2008.02442 (Geneeskundige zorg, EU-EER, Unicodylair implantaat knie, klassenverpleging)

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, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.10 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 de beslissing van de zorgverzekeraar van 17 juni 2008 de kosten van de eigen bijdrage met betrekking tot een knieoperatie met verblijf in Antwerpen (België) ten bedrage van € 1.711,38 deels te vergoeden, namelijk tot een maximaal bedrag van € 449,70.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen Vitaal & Zeker Pakket en Mix Aanvullende Verzekering afgesloten. Deze zullen in het vervolg buiten beschouwing blijven.
- 3.2. Verzoeker is wegens pijn aan de knieën op 3 maart 2008 geopereerd in een ziekenhuis te Antwerpen, waarbij een unicodylair implantaat is aangebracht. Verzoeker heeft de kosten van de operatie en het verblijf gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 17 juni 2008 medegedeeld dat zijn vordering ten bedrage van € 1.711,38 werd toegewezen tot een maximaal bedrag van € 449,70. Dit bedrag is inmiddels aan verzoeker betaald.
- 3.3. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 september 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 26 januari 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 24 maart 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 april 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 april 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 15 april 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 mei 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen voor zover de Belgische erelonen (van de orthopeed en de anesthesioloog) kunnen worden gecompenseerd uit de zorgkosten in de Nederlandse DBC. Daarbij moet rekening worden gehouden met het feit dat verzoeker gebruik heeft gemaakt van een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten. Dit brengt mee dat recht bestaat op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80 percent van de gemiddelde tarieven voor het jaar 2008. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 3 juni 2009 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch deelgenomen aan de zitting. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 10 juni 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij zich op 2 maart 2008 heeft gemeld voor opname in het ziekenhuis in Antwerpen. Verzoeker moest daarbij kiezen of hij gebruik wilde maken van een één- dan wel een tweepersoonskamer. Over een kamer voor meer dan twee personen werd niet gesproken. Op dat moment, één nacht voor de operatie, wist verzoeker niet dat deze kamers onder 'klassenverpleging' vielen, en dat de extra kosten voor zijn rekening bleven. De brochure waarin één en ander werd uitgelegd, ontving verzoeker pas de nacht voorafgaande aan de operatie. Hij heeft deze destijds niet doorgenomen; dit heeft hij na afloop thuis gedaan. Zowel het ziekenhuis als de zorgverzekeraar hebben verzoeker

nooit geïnformeerd over de kosten die voor eigen rekening bleven, zowel van de operatie als van het gebruik van een tweepersoonskamer.

4.2. Ter zitting is verzoeker akkoord gegaan met het voorstel van de zorgverzekeraar een bedrag van € 1.179,-- na te betalen, alsmede het entreegeld ad. € 37,--.

4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 de aanvraag voor vergoeding van de kosten van de knieoperatie op 18 december 2007 is ontvangen. Op 21 januari 2008 is verzoeker een E-112-formulier gezonden. Met dit formulier ontving verzoeker een begeleidende brief, waarin vermeld werd dat de aanspraak op de in de machtiging genoemde zorg uitsluitend bestaat op grond van de op de afgesloten verzekeringsovereenkomst toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en aanverwante regelgeving. Tevens is aangegeven dat uitgegaan wordt van een theoretische dekking, zonder rekening te houden met reeds genoten zorg of mogelijke eigen bijdragen. Ook staat in de brief dat de keuze voor een al dan niet gecontracteerde zorgverlener gevolgen kan hebben voor de hoogte van de vergoeding. Een vergoeding voor de meerkosten van klassenverpleging is op basis van de verzekeringsvoorwaarden uitgesloten.

5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat reeds een bedrag van € 4.459,30 is vergoed. In de afwikkeling is mogelijk een verkeerde DBC-code gehanteerd. De zorgverzekeraar is dan ook bereid hetgeen op de onderhavige nota staat te vergoeden, met uitzondering van de telefoonkosten en de meerkosten voor de tweepersoonskamer. Daarbij gaat het in totaal om een nabetaling van een bedrag van € 1.179,--. Volgens de polisvoorwaarden komt in geval van niet-gecontracteerde zorg, zoals in het onderhavige geval, slechts 80 percent voor vergoeding in aanmerking. Aangezien ook bij de eerder aan verzoeker voor de onderhavige behandeling overgemaakte bedragen geen korting is toegepast en het totale bedrag onder het maximum van het betreffende DBC-tarief blijft, is de bereidheid nu ook geen korting toe te passen. Voorts is de zorgverzekeraar bereid het entreegeld terug te storten.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker 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. Met de nabetaling van € 1.179,-- en het entreegeld van € 37,--, waarmee verzoeker heeft ingestemd, bestaat thans geen geschil meer tussen partijen over het voorgelegde verzoek.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie constateert dat partijen thans geen geschil meer hebben omtrent het voorgelegde verzoek.

Zeist, 17 juni 2009,

Voorzitter