

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, EG/EER, Hoogte vergoeding lumbale nucleotomie
Zaaknummer : 2008.02649
Zittingsdatum : 12 augustus 2009

Zaak: 2008.02649, geneeskundige zorg, EG/EER, hoogte vergoeding lumbale nucleotomie

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, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, art. 49 EG)

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 26 augustus 2008 waarin zijn aanspraak op een hogere vergoeding dan € 2.019,46 voor de door hem in België ondergane rugoperatie is afgewezen.

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 Beter Af Polis (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 neurochirurg in België heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "hernia op niveau L5-S1 met neurologische uitval". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een lumbale nucleotomie ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Op 14 april 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.3. Bij brief van 26 augustus 2008 de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak op een hogere vergoeding dan € 2.019,46 voor de door hem ondergane rugoperatie is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 oktober 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 10 oktober 2008 heeft verzoeker zich tot de SKGZ gewend met het verzoek de zaak in behandeling te nemen. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.6. Bij brief van 19 december 2008 heeft verzoeker 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 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.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 30 januari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 februari 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 februari 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 17 februari 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 11 maart 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker in te willigen voor zover de niet-vergoede kosten verbonden zijn aan de zorg die in België is geleverd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Op grond van het vorengenoemde CVZ-advies heeft de zorgverzekeraar bij brief van 7 juli 2009 medegedeeld het resterende bedrag van € 1.887,10 alsmede de twee consulten ad € 25,-- aan verzoeker te vergoeden.
- 3.12. Bij e-mail van 14 juli 2009 heeft verzoeker medegedeeld af te zien van horen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij hem op 28 januari 2008 een ernstige hernia is vastgesteld. Omdat een scan daarvan niet eerder dan 14 maart 2008 kon plaatsvinden, is de pijnmedicatie noodzakelijkerwijs verhoogd. Eind februari 2008 zijn aanzienlijke uitvalsverschijnselen opgetreden. Op 19 maart 2008 is door zijn neuroloog in het Elizabeth ziekenhuis te Tilburg vastgesteld dat zo spoedig mogelijk operatief ingrijpen noodzakelijk was. De neurochirurg kon verzoeker pas 3 april 2008 ontvangen. Op 3 april 2008 bleek de neurochirurg niet aanwezig te zijn. De arts-assistent heeft daarop toegezegd dat de neurochirurg verzoeker die dag nog zou bellen, hetgeen niet is gebeurd. Op 7 april 2008 is hem vanuit het ziekenhuis medegedeeld dat men zou proberen de neurochirurg verzoeker te laten terugbellen. Op zijn vraag of uiterlijk een week later ruimte was om zijn operatie te plannen werd ontkennend geantwoord. Daarop is in overleg met de huisarts besloten een second opinion aan te vragen in het ziekenhuis in Turnhout (België).
- 4.2. Op 8 april 2008 kon verzoeker terecht bij een neurochirurg in België. Mede na overleg met de zorgverzekeraar, waarin hem is medegedeeld dat een E 112-formulier naar het ziekenhuis in Turnhout zou worden gefaxt, is hij op 14 april 2008 geopereerd.

- 4.3. Op grond van het E 112-formulier heeft het ziekenhuis een bedrag van € 1.879,45 bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht. Aan verzoeker werd een rekening van € 2.092,11 gezonden. Daarnaast heeft hij nog twee rekeningen van € 25,00 ontvangen voor twee consulten bij de Belgische neurochirurg. Deze drie rekeningen zijn door verzoeker bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. De twee consulten zijn door de zorgverzekeraar vergoed. Van de nota van € 2.092,11 is een bedrag van € 140,00 vergoed, te weten € 120,65 persoonlijke tussenkomst en € 19,36 aan farmaceutische supplementen.
- 4.4. Verzoeker stelt dat het voor hem onbegrijpelijk is dat hij het restant van zijn rekening niet krijgt vergoed. Bij de aanvraag is aan de zorgverzekeraar medegedeeld dat de kosten ongeveer € 3.500,00 zouden bedragen. De zorgverzekeraar heeft daarop medegedeeld dat naar Nederland tarief maximaal € 4.332,05 zou worden vergoed.
- 4.5. Voorts stelt verzoeker dat onder 2.2 van het E 112-formulier staat vermeld dat hij toestemming heeft gekregen "aldaar geneeskundige verzorging te ontvangen bij dr. L. de Cocker in verband met een nucleotomie op lumbaal niveau". Het restant van zijn nota, behoudens € 75,00 supplement voor een eenpersoonskamer, is nu juist voor die geneeskundige zorg.
- 4.6. De door de zorgverzekeraar ingebrachte uitspraken van de Centrale Raad van Beroep en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kunnen verzoeker niet worden tegengeworpen, omdat hij daarmee niet bekend kan worden geacht.
- 4.7. 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 kosten van ereloon en dossierkosten samenhangen met de eenpersoonskamer en bovenop het in België geldende wettelijke tarief komen. Deze kosten kunnen dan ook niet worden aangemerkt als verstrekkingen die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. De zorgverzekeraar verwijst daarbij naar een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep (RZA 2004/132) en een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (ANO08.024)
- 5.2. Op grond van het vorengenoemde CVZ-advies heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herzien en heeft hij bij brief van 7 juli 2009 medegedeeld het resterende bedrag van € 1.887,10 alsmede de twee consulten ad € 25,-- aan verzoeker te vergoeden.
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. Aangezien de zorgverzekeraar uiteindelijk heeft toegezegd volledig tegemoet te komen aan de aanspraak van verzoeker, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie stelt vast dat verzoeker door de toezegging door de zorgverzekeraar geen belang meer heeft bij het verzoek.

8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 9 september 2009,

Voorzitter