

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg buitenland, heupoperatie m.b.v. MOM-prothese
Zaaknummer : 2008.00774
Zittingsdatum : 19 november 2008

Zaak: 2008.00774, geneeskundige zorg buitenland, heupoperatie en advies- en dossierstudie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, artikel 2.5.3 en I&A Wet Zvw)

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 9 mei 2006 een deel van de nabehandeling ten behoeve van een heupoperatie in België niet te vergoeden en tegen de beslissing van 12 februari 2008 de aanspraak op de vergoeding van een heupoperatie in België niet te kunnen vaststellen zonder nadere gegevens.

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 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 orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "coxarthrose linker heup". Verzoekster heeft in 2005 naar aanleiding van de gestelde diagnose bij haar toenmalige zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een "heupoperatie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). De toenmalige zorgverzekeraar heeft op 14 november 2005 een machtiging afgegeven voor een totale heupoperatie links, door een met name genoemde orthopedisch chirurg in België. Vanwege de overstap naar een andere zorgverzekeraar begin 2006, zijn de nota's voor de onderhavige behandeling, bij haar nieuwe zorgverzekeraar terecht gekomen. Bij brief van 9 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak op de nabehandeling gedeeltelijk is toegewezen en bij brief van 12 februari 2008 is medegedeeld dat de aanspraak op een heupoperatie niet kan worden beoordeeld zonder nadere informatie.

3.3. Op 1 februari 2006 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsge-

vonden.

- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn besluit ten aanzien van de hoogte van de vergoeding voor de nacontrole te handhaven, en medegedeeld dat de heupoperatie niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.5. Bij brief van 20 maart 2008 heeft verzoekster 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.
- 3.6. 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 19 augustus 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 augustus 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 augustus 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 13 november 2008 schriftelijk medegedeeld af te zien van horen.
- 3.9. Bij brief van 21 augustus 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 22 september 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster in te willigen omdat verzoekster beschikt over een machtiging die op grond van het overgangsrecht onder de zorgverzekering van 2006 dient te worden gehonoreerd.. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 19 november 2008 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 21 november 2008 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 25 november 2008 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, begin 2006 gebruik te hebben gemaakt van de overstapmogelijkheden die het nieuwe zorgverzekeringssysteem bood. Dientengevolge was zij op het moment van de operatie - 1 fe-

bruari 2006 - de facto nog verzekerd bij haar toenmalige zorgverzekeraar, voorheen ziektekostenverzekeraar. Zij is voor 1 mei 2006 overgestapt naar haar huidige zorg-

verzekeraar, nadat deze haar ervan had overtuigd dat de door de toenmalige zorgverzekeraar afgegeven machtiging voor de totale heupoperatie door hem zou worden overgenomen.

- 4.2. Alle rekeningen van de operatie zijn aan de toenmalige zorgverzekeraar gezonden, doch deze heeft de rekeningen van de heupoperatie geretourneerd met de mededeling dat deze niet zouden worden vergoed omdat verzoekster niet bij hem verzekerd was ten tijde van de operatie.
- 4.3. De rekeningen van de nabehandeling zijn aan de huidige zorgverzekeraar gezonden. Hiervan is slechts een gedeelte vergoed. Na ontvangst van de rekeningen van de operatie, heeft de huidige zorgverzekeraar verklaard dat het een heupoperatie volgens de resurfacing techniek betrof, welke gezien zijn experimentele karakter op het moment van de ingreep niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 4.4. Verzoekster stelt dat zij de dupe wordt van het feit dat haar behandelend arts een heupprothese volgens de resurfacing techniek, benoemd heeft als een totale heupoperatie. Overigens heeft er een totale heupoperatie plaats gevonden. Verzoekster is, in verband met de bewegelijkheid en het snelle herstel, speciaal vanwege deze techniek naar haar behandelend arts in Gent gegaan.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat ze de gang van zaken bij haar zorgverzekeraar zeer onrechtvaardig vindt.
- 4.6. 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 een deel van de nabehandeling ziet op telefoonkosten en toeslag tweepersoonskamer. Deze kosten komen op grond van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. Met betrekking tot de heupprothese volgens de resurfacing techniek stelt de zorgverzekeraar dat de door verzoekster ondergane operatie pas vanaf 15 februari 2007 en onder een aantal specifieke voorwaarden, voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Verzoekster op 1 februari 2006 geopereerd.
- 5.3. 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 gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg met ziekenhuisverpleging bestaat. Voor zover hier van belang, wordt het volgende bepaald:

"U heeft aanspraak op:

*- medisch specialistische (...) zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen;*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

(...)

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak wanneer u bent doorverwezen door een huisarts (...) of andere medisch-specialist."

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van aanspraak op zorg wordt in artikel 2.4 bepaald:

"De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 7.2. De regeling in artikel 3 van de 'Aanspraken' en artikel 2.4 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. 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 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het 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. In artikel 2.2, lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. 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. Artikel 2.5.3 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringwet (hierna: I & A Wet Zvw) bepaalt dat voor zover een verzekerde ingevolge de zorgverzekering toe-

stemming behoeft van de zorgverzekeraar, en de verzekerde in bezit is van een voor de inwerkingtreding van de Zvw door een ziektekostenverzekeraar verleende toestemming, die toestemming geldt als titel voor verkrijging van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend. De zorgverzekeraar verlangt dan van de verzekerde niet nogmaals dat toestemming wordt gevraagd.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In geschil is of de zorgverzekeraar op grond van een overgangsregeling gehouden is de machtiging van de toenmalige zorgverzekeraar te honoreren.
- 7.7. Verzoekster heeft bij brief van 25 september 2005 aan haar toenmalige zorgverzekeraar toestemming verzocht voor een totale heupprothese bij een met name genoemd medisch-specialist in een met name genoemd ziekenhuis in België.
- 7.8. Verzoekster heeft hierop van haar toenmalige zorgverzekeraar, voorheen ziektekostenverzekeraar, een garantieverklaring gekregen voor medisch hulp in het buitenland, gericht op de aangevraagde medische behandeling in het met name genoemde ziekenhuis in België, door de met name genoemde medisch specialist, in verband met een totale heupoperatie links.
- 7.9. Met betrekking tot de omvang van deze machtiging oordeelt de commissie als volgt. De toenmalige zorgverzekeraar heeft de machtiging afgegeven op basis van een verwijzing van de huisarts van 1 augustus 2005 aan de met name genoemde behandelend medisch-specialist, en een verklaring van deze behandelend medisch-specialist in België. In de verwijzing van de huisarts staat onder het kopje vraagstelling:

“Forse coxarthrose klachten links met röntgenafwijkingen. Gaarne uw visie en uitleg over een Birmingham hip Resurfacing”

Gezien vorenstaande is de commissie van oordeel dat de toenmalige ziektekostenverzekeraar wist of behoorde te weten dat de totale heupoperatie zou plaatsvinden volgens de resurfacing techniek. In de machtiging die op 14 november 2005 is afgegeven is toestemming gegeven voor een totale heupprothese, zonder voorbehoud ten aanzien van de operatietechniek die is toegepast. Derhalve moet de onderhavige machtiging worden geacht te zijn afgegeven voor een totale heupoperatie volgens de resurfacing techniek.
- 7.10. Omdat de machtiging zonder voorbehoud van de zijde van de zorgverzekeraar is afgegeven, heeft verzoekster erop heeft mogen vertrouwen dat haar een machtiging is verstrekt op grond van haar toenmalige ziektekostenverzekering. Onder die omstandigheden is de huidige zorgverzekeraar op grond van artikel 2.5.3. I & A Wet Zvw gehouden deze machtiging te honoreren.
- 7.11. 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, 3 december 2009,

Voorzitter