

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, prostatectomie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.00203
Zittingsdatum : 18 augustus 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 26 november 2009 en 15 januari 2010 de kosten verbonden aan een prostatectomie, ondergaan in Aalst (België) slechts gedeeltelijk te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Collectief en Tandarts Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brieven van 26 november 2009 en 15 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 1.637,55 respectievelijk € 2.754,95 wordt ingewilligd.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar verzocht om betaling van het deel van de kosten dat nog niet is vergoed (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 31 maart 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 mei 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 juni 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 juni 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 1 juni 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 juni 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010072404) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 augustus 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 19 augustus 2010 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 23 augustus 2010 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 dat hij tijdens een verblijf in Spanje klachten kreeg met plassen en lopen. Een operatie bleek noodzakelijk, waarop verzoeker heeft besloten terug te vliegen naar Nederland. In Nederland bleek een wachtlijst van twee tot drie weken te bestaan, waarop verzoeker telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hem is verteld dat hij bij het ziekenhuis in Aalst terecht kon, en dat 75 percent van de kosten zou worden vergoed. In werkelijkheid blijkt het echter om 75 percent van het Nederlands tarief te gaan, hetgeen leidt tot een veel lagere vergoeding. Indien hij hiervan van tevoren op de hoogte was geweest, zou verzoeker hebben gezocht naar een andere mogelijkheid.
- 4.2. Ter zitting heeft verzoeker herhaald dat hem een vergoeding van 75 percent is toegezegd, en dat daarbij niet is gesproken over 75 percent van het Nederlands tarief. Er zijn verschillende telefonische contacten geweest op meerdere momenten. Verzoeker heeft verder benadrukt dat in zijn situatie sprake was van spoed.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij verzoeker ten tijde van de operatie in Aalst geen sprake was van spoedeisende zorg. Ook was de zorg tijdig in Nederland beschikbaar, namelijk binnen twee tot drie weken. Het betreffende ziekenhuis in Aalst is niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd, zodat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van 75 percent van het Nederlands tarief. Uit de contactregistratie blijkt niet dat aan verzoeker onjuiste informatie is verstrekt.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat telefonisch de juiste informatie is verstrekt. Aangezien verzoeker kon terugvliegen naar Nederland alvorens behandeld te worden, was geen sprake van spoed.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht gedeeltelijk is ingewilligd.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
- Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. U hebt hierbij ook recht op de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook hebt u tijdens de periode van opname recht op de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen. (...)

Als u zorg ontvangt van een ziekenhuis waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal een bepaald percentage. Zie artikel 17.5. Het is mogelijk dat u een deel zelf moet betalen. (...)

Artikel 11 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u in Nederland woont, hebt u recht op:

- a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;*
- b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.*

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. (...)

Artikel 17.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling en luidt, voor zover hier van belang:

"Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten terwijl u de passende zorg van goede kwaliteit tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten? In dat geval verlagen wij de vergoeding met 25 (vijfentwintig) percent. Wij vergoeden dus 75 (vijfenzeventig) percent van de zorg gerekend over het laagste van het volgende tarief/bedrag:

- a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of*
- b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld geen of een hoger (maximum-)tarief bestaat. Het "marktconform bedrag" is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken."*

- 8.3. De artikelen 11, 20 en 17.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;

ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. In Spanje is vastgesteld dat een operatie noodzakelijk was. Verzoeker is de mogelijkheid geboden terug te vliegen naar Nederland, hetgeen hij op 24 mei 2009 heeft gedaan. De operatie in Aalst vond plaats op 23 juni 2009, zodat vast staat dat geen sprake was van spoed. Beoordeeld dient daarom te worden of de ziektekostenverzekeraar gehouden was aan verzoeker een E 112-formulier te verstrekken. Aangezien de wachttijd in Nederland twee tot drie weken bedroeg, is de commissie van oordeel dat de zorg tijdig in Nederland te verkrijgen was. De ziektekostenverzekeraar was zodoende niet gehouden tot verstrekking van een E 112-formulier over te gaan, en artikel 22 van de EG-Verordening 1408/71 vindt daarom geen toepassing.
- 9.2. Uit de polisvoorwaarden en de onderliggende regelgeving volgt dat verzoeker voor de in Aalst genoten zorg aanspraak heeft op maximaal 75 percent van het Nederlands tarief. Ter vaststelling van de hoogte van het tarief heeft de ziektekostenverzekeraar de DBC-code 03.06.11.04.0041.0333 gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving: “Reguliere zorg / LUTS / BPH/BH obstructie / extraluminale endoscopische operatie met klinische episode(n)”. Deze code komt de commissie – gezien de bij verzoeker uitgevoerde ingreep – juist voor. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door middel van afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. Het gemiddelde tarief dat de ziektekostenverzekeraar voor deze code heeft afgesproken, bedraagt € 4.427,52. De ziektekostenverzekeraar is – zo blijkt uit de overgelegde uitkeringsspecificaties – overgegaan tot vergoeding van een bedrag van (€ 1.637,55 + € 42,86 + € 96,49 + € 2.615,62) € 4.392,52. Daarmee is meer vergoed dan waarop verzoeker ingevolge de zorgverzekering aanspraak heeft. De commissie zal in die beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet treden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige zorg, zodat de aanspraak op basis van deze verzekering niet gehonoreerd kan worden.

Telefonische toezegging

- 9.4. Voor zover de stelling van verzoeker aldus moet worden begrepen dat hem telefonisch een toezegging is gedaan door een niet bij naam genoemde helpdesk-medewerker, te weten dat de werkelijk gemaakte kosten tot 75 percent worden vergoed, oordeelt de commissie als volgt.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitslatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de ziektekostenverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de ziektekostenverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de ziektekostenverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.
- 9.6. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de ziektekostenverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten, maar daartoe zal ten minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs hun onjuistheid had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat hij afgaande op die onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan hij schade lijdt.
- 9.7. De toezeggingen zullen voor de verzekerde doorgaans van zodanig gewicht zijn dat in de regel verwacht mag worden dat hij deze zijnerzijds schriftelijk aan de ziektekostenverzekeraar zal bevestigen dan wel een schriftelijke bevestiging van de ziektekostenverzekeraar zal vragen. Het gaat echter te ver om te oordelen dat een verzekerde zich op dergelijke toezeggingen uitsluitend zou mogen beroepen indien deze hetzij van zijn zijde, hetzij van de zijde van de ziektekostenverzekeraar schriftelijk zijn bevestigd.
- 9.8. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotities blijkt niet dat de toezegging is gedaan dat 75 percent van de werkelijk gemaakte kosten wordt vergoed. In de beschikbare notities staat dat is gezegd dat 75 percent van het Nederlands tarief wordt vergoed. Deze informatie is juist. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat andere informatie is verstrekt.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 augustus 2010,

Voorzitter