

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E
te F, vertegenwoordigd door G te H
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.00933
Zittingsdatum : 5 december 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 22 Vo 1408/71, art. 3:307 BW)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, vertegenwoordigd door G te H

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Goed in Zorg basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een geneeskundige behandeling, ondergaan in Mittersill (Oostenrijk) (hierna: de aanspraak). De zorgverzekeraar heeft de kosten in eerste instantie vergoed. Bij brief van 17 december 2010 heeft de zorgverzekeraar het uitgekeerde bedrag van € 3.173,10 bij verzoeker teruggevorderd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 2 november 2011 en 9 februari 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 16 augustus 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is af te zien van terugvordering van het uitgekeerde bedrag van € 3.173,10 (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 oktober 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 12 oktober 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 november 2012 (zaaknummer 2012116805) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat, ervan uitgaande dat de factuur van het Oostenrijkse ziekenhuis alleen 'extra' kosten betreft, bovenop de standaardkosten voor diagnostiek en behandeling, de ter zake verleende vergoeding terecht door de ziektekostenverzekeraar wordt teruggevorderd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 december 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. De zorgverzekeraar heeft na afloop van de zitting het CVZ gevraagd welk bedrag door het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan is gedeclareerd. Bij brief van 8 maart 2013 heeft de zorgverzekeraar de commissie bericht over de uitkomst van dit onderzoek. Een afschrift van deze brief is aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Bij brief van 12 maart 2013 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 11 april 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is in 2008 in Mittersill opgenomen in verband met urineretentie ten gevolge van een sterk vergrote prostaat. Hij heeft in een min of meer comateuze toestand een formulier ondertekend, waarmee hij toestemming gaf voor klasseverpleging. De rekening die verzoeker hiervoor ontving van het Oostenrijkse ziekenhuis heeft hij gedeclareerd bij de zorgverzekeraar, die de kosten volledig heeft vergoed. Eerst in 2010 werden deze kosten door de zorgverzekeraar teruggevorderd.
- 4.2. Verzoeker is van mening dat op de door hem gedeclareerde nota niet enkel kosten zijn vermeld die verband houden met klasseverpleging. Het gaat tevens om bloedafname en bloedonderzoek, gebruik van echoapparatuur, en behandeling door een normale ziekenhuisarts. Voor de kosten hiervan is verzoeker verzekerd.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat de kwestie onder andere betrekking heeft op de kosten van de Primararzt en het gehanteerde percentage. Hij had hierover regelmatig contact met het ziekenhuis in Oostenrijk, en aldaar erkende men dat er iets fout was gegaan. De rekening zou worden gecorrigeerd in overleg met de Primararzt. Deze bleek evenwel niet met de correctie akkoord te gaan. Gevolg is dat nu ruim

€ 3.000,-- moet worden betaald. Door het CVZ is ruim € 800,-- betaald. Op de omstreken rekening staan ook reguliere posten, zoals kosten van bloedonderzoek. Verzoeker is met een overvolle blaas naar het ziekenhuis gebracht. Zoals hij het heeft begrepen, heeft een deel van de behandeling vóór drie uur plaatsgevonden, en zijn die kosten door het CVZ betaald. De door hem ontvangen rekening ziet op kosten die na dit tijdstip zijn gemaakt, en nadat men hem had gevraagd of hij er bezwaar tegen had op een tweepersoonskamer te liggen. Het bevreedt verzoeker dat een PSA-meting niet onder de dekking valt.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. In de onderhavige situatie is sprake van twee declaratiestromen. De één betreft de declaratie van de reguliere behandeling. Hieronder vallen alle kosten die onder de Zvw voor vergoeding in aanmerking komen. De kosten van de Primararzt en de gewone arts die betrekking hebben op de reguliere behandeling zijn hierin begrepen. Deze declaratiestroom loopt via het CVZ.
- 5.2. De tweede declaratiestroom betreft de kosten die niet onder de Zvw vallen, maar mogelijk wel onder een aanvullende- of reisverzekering. Deze kosten worden bij de patiënt in rekening gebracht.
- 5.3. Klasseverpleging valt niet onder de dekking van de zorgverzekering en komt om die reden niet voor vergoeding in aanmerking. Pas bij een later uitgevoerde controle is gebleken dat deze kosten onterecht aan verzoeker zijn vergoed, hetgeen de reden is dat het bedrag wordt teruggevorderd.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar beschikt niet over alle informatie met betrekking tot de in Oostenrijk uitgevoerde behandeling, zodat niet kan worden vastgesteld of een deel van de kosten wellicht ten laste van het Verdrag inzake de Werking van de Europese Unie kan worden vergoed.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat is toegerekend op basis van een verdeling 60/20/20. Die verdeling heeft niets te maken met wat er in het ziekenhuis in werkelijkheid is gebeurd. Iets anders is dat vanwege de klasseverpleging waarschijnlijk ook extra, onnodige onderzoeken zijn gedaan. De zorgverzekeraar kan dit niet controleren, aangezien de originele nota uit Oostenrijk bij het CVZ ligt. Het CVZ zou kunnen bepalen of wellicht een deel van de onderhavige rekening ook voor vergoeding in aanmerking komt. De reguliere kosten zijn via de EHIC afgewikkeld. Bij klasseverpleging in het buitenland worden vaak extra onderzoeken uitgevoerd. De vraag is dan of die onderzoeken wel doelmatig zijn.
- 5.6. In zijn brief van 8 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat door het Oostenrijkse ziekenhuis via de EHIC € 755,70 is gedeclareerd. Dit bedrag ligt € 204,10 lager dan het bedrag van de DBC. De totale terugvordering komt daarmee uit op € 2.969,--. De ziektekostenverzekeraar is echter bereid dit bedrag coulanchehalve op € 2.750,-- te stellen.

- 5.7. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie 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 zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Deel B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 4 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg, inclusief ziekenhuisopname, bestaat en luidt, voor zover hier van belang:
- "Aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. In afwijking daarvan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen. (...)"*
- 8.4. Artikel 22 van 'Deel B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:
- "De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg, als bedoeld in artikel 1 lid 2 van deel B van de polisvoorwaarden, van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. (...)"*
- 8.5. Artikel 1 lid 2 van 'Deel B' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:
- "De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:*
- 1. het op het moment van behandeling op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde tarief;*
 - 2. indien en voor zover er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag;*
 - 3. bij een contract tussen zorgverlener en zorgverzekeraar echter conform hetgeen is overeengekomen."*
- 8.6. De artikelen 1, 4 en 22 van 'Deel B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van 'Deel A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het

Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. 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
a) wiens toestand verstrekkingen vereist welke tijdens een verblijf op het grondgebied van een andere lidstaat medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf, (...) 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. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gelet op de verklaring van het Oostenrijkse ziekenhuis van 17 mei 2011 is de aldaar bij verzoeker uitgevoerde ingreep gedeclareerd met twee afzonderlijke nota's. Eén van de nota's is rechtstreeks gedeclareerd bij het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering, die de rekening op zijn beurt heeft gedeclareerd bij het CVZ. Het CVZ heeft de kosten doorberekend aan de zorgverzekeraar. De betreffende kosten zijn aldus volledig door de zorgverzekeraar vergoed.
- 9.2. De andere rekening, ten bedrage van € 3.173,10, heeft betrekking op *“Aufzahlung Sonderklasse II”, “Filmkosten”, “PSA, Labor Mustafa, Salzburg”* en *“Artzhonorare”* en is naar verzoeker gestuurd aangezien deze kosten kennelijk niet konden worden ge-

declareerd bij het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan. Verzoeker heeft deze rekening na ontvangst gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft de kosten in eerste instantie aan verzoeker vergoed, maar het betaalde bedrag later teruggevorderd.

- 9.3. Eerstbedoelde kosten zijn vergoed volgens artikel 22 lid 1 sub a van Vo 1408/71. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding volgens het Nederlandse tarief, althans voor zover sprake is van verzekerde zorg. Dit tarief is mogelijk hoger, waardoor recht kan bestaan op een aanvullende vergoeding. Vast staat dat de zorgverzekering geen dekking kent voor klasseverpleging ('*Sonderklasse*'). Dit ligt mogelijk anders voor de andere, onder 9.1 genoemde kostensoorten. Verzoeker heeft echter geen duidelijkheid geboden over de bij hem uitgevoerde ingreep, bijvoorbeeld aan de hand van een operatieverslag. Om die reden heeft de zorgverzekeraar niet de hoogte van het Nederlandse tarief in de vorm van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) kunnen vaststellen en heeft hij niet kunnen bepalen of binnen dit tarief nog ruimte bestaat voor een aanvullende vergoeding ter zake van kosten van medische zorg. De zorgverzekeraar was om die reden niet gehouden tot vergoeding van de afzonderlijke rekening van het Oostenrijkse ziekenhuis, zodat hij gerechtigd is het aan verzoeker betaalde bedrag van € 3.173,10 terug te vorderen.
- 9.4. Na de hoorzitting is gebleken dat door het Oostenrijkse ziekenhuis € 755,70 is gedeclareerd. De totale vordering komt daarmee uit op € 2.969,--. De zorgverzekeraar heeft coulantshalve besloten dit bedrag te verlagen tot € 2.750,--. De commissie zal in die beslissing van de zorgverzekeraar niet treden.
- 9.5. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar te laat is met het instellen van de vordering slaagt hij hierin niet, aangezien het hier een vordering uit onverschuldigde betaling betreft en een dergelijke vordering op de voet van artikel 3:309 BW eerst verjaart na – kort gezegd - vijf jaren. Deze termijn is in het onderhavige geval nog niet verstreken.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 mei 2013,

Voorzitter