



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars Groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars Groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, Spanje, geneeskundige zorg, micro decompressie met micro dissectomie, spoedeisendheid, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201402192

Zittingsdatum : 8 april 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, artt. 19 en 20 Vo. nr. 883/2004, 25 Vo. nr. 987/2009)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars Groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars Groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ direct basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering CZ Direct basic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een micro decompressie met micro dissectomie, uitgevoerd te Benidorm, Spanje, ten bedrage van € 4.633,-- (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd, in die zin dat maximaal € 1.865,73 wordt vergoed.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 24 december 2013 en 13 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Door middel van het klachtenformulier van 14 augustus 2014 heeft verzoekster zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 27 oktober 2014 heeft verzoekster 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).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 februari 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 februari 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 maart 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 5 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 maart 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015016605) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van het dossier niet blijkt dat er een acute indicatie was voor een operatieve behandeling van de hernia. De door de ziektekostenverzekeraar toegepaste zorgproductcode 131999267 is passend. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 maart 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 8 maart 2015 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster had sinds begin 2012 in toenemende mate last van rugpijn. Haar dagelijkse activiteiten werden hierdoor belemmerd en verzoekster werd gedwongen steeds vaker op bed te liggen. Begin juli 2013 werd verzoekster door haar Spaanse huisarts verwezen naar het Hospital Clinica Benidorm (hierna: HCB) voor een MRI-scan. Uit de scan bleek dat de klachten werden veroorzaakt door een hernia ter plaatse van L4-L5 en L5-S1. De behandelend neuroloog van het HCB schreef verzoekster zeer sterke pijnstillers voor en adviseerde fysiotherapie. Tevens deelde hij mede dat, indien geen verbetering optrad, een operatie op termijn zeer waarschijnlijk was.
- 4.2. In verband met de wens een second opinion te verkrijgen, heeft verzoekster contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Zij werd verwezen naar een neuroloog van De Antoniushove (onderdeel van Medisch Centrum Haaglanden). De neuroloog heeft verzoekster medio juli 2013 onderzocht en de MRI-scan beoordeeld. Daarnaast heeft hij nog sterkere pijnstillers voorgeschreven, omdat de toestand van verzoekster niet verbeterde. De neuroloog informeerde verzoekster over het gevoerde beleid: bij een geconstateerde hernia wordt minimaal zes weken en maximaal zes maanden bekeken hoe de hernia zich ontwikkelt, tenzij sprake is van spoed, zoals bijvoorbeeld bij sensibiliteitsstoornissen of het niet meer kunnen ophouden van urine en/of ontlasting.
- 4.3. Medio augustus 2013 is verzoekster teruggekeerd naar haar vakantieadres in Spanje. In september 2013 verergerde zonder aanleiding de pijn in de rug en de benen dusdanig dat verzoekster niet meer kon staan en haar ontlasting niet meer kon ophouden. De Spaanse huisarts is toen ingeschakeld. Deze heeft verzoekster onderzocht en haar op 2 oktober 2013 met spoed per ambulance naar het HCB laten vervoeren. Aldaar is zij direct opgenomen. Bij binnenkomst is de European Health Insurance Card (hierna: EHIC) getoond. De toestand van verzoekster verbeterde niet, ondanks de zware medicatie, waaronder pijnstillers, die zij gebruikte. Op 7 oktober 2013 deelde de neuroloog mede dat, gelet op de aard van de klachten, een operatie noodzakelijk was. Langer wachten was volgens hem onmenselijk. Verzoekster heeft hiermee ingestemd, omdat de kans op verbetering van haar toestand uiterst klein was en zodoende een operatie de enige optie was.

- 4.4. De behandelend neuroloog heeft over verzoekster het volgende verklaard: "(...) *Diagnose: Radiculopathie S1 links zonder sensibele en motorische stoornis. Indicatie voor acute chirurgische interventie ivm ernstige oncontroleerbare pijnklachten ondanks 72 uur intraveneuze (infuuspomp) pijnbehandeling (...) Gezien het klinische beeld van patiënt en geen respons op de conservatieve behandeling is een micro dissectomie met een micro decompressie geïndiceerd.*"
- 4.5. Vanaf het moment van opname heeft het HCB bijna dagelijks contact gehad met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar om informatie te verschaffen over de toestand van verzoekster. De opname van 2 tot 10 oktober 2013 is door de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd. Op 10 oktober 2013, tien minuten voor de geplande operatie, deelde de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar aan de echtgenoot van verzoekster mede dat de aanvraag (voor vergoeding van de operatie) ter beoordeling bij de medisch adviseur lag. Verzoekster was op dat moment al onderweg naar de operatiekamer. Ondanks dat eendiscussie ontstond met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar, heeft de operatie plaatsgevonden. Hiervoor was een aanbetaling van € 1.500,- vereist, en dit bedrag is door de echtgenoot van verzoekster voldaan aan het HCB.
- 4.6. Verzoekster stelt dat de operatie medisch noodzakelijk en spoedeisend was, gelet op haar gezondheidstoestand. Dit bleek uiteindelijk ook uit het feit dat zij ten gevolge van het medicijngebruik op 14 oktober 2013 een maagbloeding kreeg. De onderhavige zorg valt derhalve onder de dekking van de zorgverzekering ('spoedeisende hulp in het buitenland') alsmede onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering (artikel D.14.1). Een volledige vergoeding is op zijn plaats. Overigens vordert het HCB thans voor de operatie een restbedrag van € 1.267,27 (€ 4.633,- - € 1.865,73 - € 1.500,-) van verzoekster. Van de ziektekostenverzekeraar mag worden verwacht dat de besluitvorming omtrent de aanvraag voor de vergoeding van de operatie is gebaseerd op een gedegen onderzoek en beleid. Het HCB is een gerenommeerd ziekenhuis en de kwaliteit van de zorg is vergelijkbaar met die in Nederland. Er bestaat zelfs een samenwerking tussen het HCB en diverse Nederlandse zorginstellingen. Het is verzoekster inmiddels bekend dat neurologen en neurochirurgen verschillend denken over de noodzaak en urgentie van een herniaoperatie. Toch erkent ook de Nederlandse Vereniging voor Neurologie dat een indicatie voor een herniaoperatie bestaat indien ernstige verlamingsverschijnselen optreden of bij verlies van controle over de blaas. Bij verzoekster was dit het geval, zodat acuut opereren was aangewezen. Daarnaast wordt ook in Nederland ondraaglijke pijn gezien als reden voor een spoedoperatie. Het is allerm minst redelijk dat het arrest Keller in dit geschil van toepassing wordt verklaard. De ziektekostenverzekeraar dient de constatering en de behandelkeuze van de behandelend arts in Benidorm te aanvaarden en te erkennen.
- 4.7. Verzoekster verklaart dat door de operatie de pijn alsmede de incontinentie zijn verdwenen. Zij kan weer lopen; iets wat vóór de operatie onmogelijk was. Dit wijst erop dat een operatieve ingreep na drie maanden afwachtend beleid gerechtvaardigd was. Verzoekster is als leek afgegaan op het deskundige oordeel van de behandelend medisch specialisten. Gelet op het voortreffelijke resultaat bestaat voor haar geen twijfel over de juistheid van dit oordeel.
- 4.8. Met betrekking tot het advies van het Zorginstituut heeft verzoekster het volgende opgemerkt. De conclusie van het Zorginstituut is: "Er was geen acute indicatie voor een hernia operatie", gebaseerd op de Richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom uit 2008 van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Het bezwaar tegen deze conclusie is dat de medisch adviseur van het Zorginstituut niet compleet is in zijn beoordeling. Verzoekster verwijst naar pagina 57 van voornoemde richtlijn, waar in een nadere toelichting op de "timing of surgery" gesteld wordt dat "in geval van ondraaglijke niet op medicatie reagerende beenpijn verdient het echter nog steeds de voorkeur zo snel mogelijk over te gaan tot chirurgische interventie". In het geval van verzoekster werd een hernia operatie door zowel de neuroloog als de neurochirurg als medisch noodzakelijk en urgent gezien, vanwege onmenselijke en ondraaglijke pijn, die niet verminderde ondanks de toediening van zware pijnstillers. Verzoekster had als leek dan ook geen andere keuze dan het

advies en de behandelkeuze van de arts te volgen en te accepteren. De ziektekostenverzekeraar dient deze behandelkeuze te erkennen en aanvaarden.

4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft alle ziekenhuizen in Nederland gecontracteerd. Ook enkele zelfstandige behandelcentra in Nederland en enkele ziekenhuizen in België en Duitsland zijn gecontracteerd. Zorg bij een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt vergoed tot maximaal: (i) het wettelijk tarief (a-tarief), of (ii) het marktconforme tarief (b-tarief).

Voor de door verzoekster afgesloten zorgverzekering geldt dat indien een verzekerde zich tot een zorgverlener wendt met wie de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft, terwijl passende zorg van goede kwaliteit tijdig verkrijgbaar is bij een gecontracteerde zorgverlener, de vergoeding 50 procent van het Nederlandse Wmg-tarief bedraagt. Indien het gaat om acute (spoed)zorg die niet kan worden uitgesteld, bestaat recht op vergoeding van 100 procent van dit tarief. Dit volgt uit artikel A.20. van de zorgverzekering in combinatie met de bijlage 'Premies en Vergoedingstarieven' zorgverzekering 2013.

Bij het ontbreken van een wettelijk tarief wordt volgens de onderliggende regelgeving en verzekeringsvoorwaarden het marktconforme tarief gehanteerd. Dit tarief is het gemiddelde van de tarieven die de ziektekostenverzekeraar voor een bepaalde vorm van zorg betaalt aan door hem gecontracteerde zorgverleners.

5.2. Verzoekster heeft een decompressie-operatie in het HCB ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft geen overeenkomst met het HCB gesloten.

De medisch adviseur heeft het dossier van verzoekster uitgebreid beoordeeld. Hij stelt vast dat verzoekster in 2012 in toenemende mate rugpijn had en daardoor steeds meer werd gehinderd. Uit het dossier blijkt dat diverse MRI-onderzoeken hebben plaatsgevonden. De kern hiervan is (i) L4-L5 hernia met links compressie van de zenuwwortel L4 en (ii) totale discus hernia, totale protrusie L3 en L4 en idem discus L3 en L4. In juli 2013 is een second opinion uitgevoerd, waarbij werd geadviseerd minimaal zes weken tot maximaal zes maanden af te wachten. In augustus 2013 is verzoekster vanuit Nederland naar Spanje vertrokken. Reizen was toen dus nog mogelijk. Op 2 oktober 2013 heeft de huisarts in Spanje verzoekster onderzocht. Er werd hevige pijn geconstateerd en uitval van het linkerbeen. Verzoekster is daarop per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd. Uit het ontslagrapport van 21 oktober 2013 blijkt dat verzoekster bij het ziekenhuis reeds bekend was met invaliderende lumbale klachten links. Aangehaald wordt een verslag uit juli 2013 waarin staat dat verzoekster is doorverwezen voor onderzoek in verband met lumbale pijnklachten met uitstraling, sinds twee maanden bestaand en toenemend bij bewegen, bij het opstaan in de ochtend. Een medicatiekuur had geen effect. Hieruit blijkt dat verzoekster reeds dezelfde klachten had als de op 2 oktober 2013 door de huisarts geconstateerde klachten. Voorts blijkt uit het ontslagrapport van 21 oktober 2013 dat verzoekster is opgenomen met ernstige radiculaire pijn links niveau L5-S1. Op grond hiervan is gestart met pijnbehandeling. Lichamelijk onderzoek gaf geen aanwijzingen voor parese in radiculair gebied. Hieruit blijkt dat geen sprake is van een spoedopname met een indicatie voor een spoedoperatie. Er werd gestart met pijnbestrijding. Pas bij ontoereikend resultaat zou operatief worden ingegrepen. De medisch adviseur is tot de conclusie gekomen dat geen sprake was van een spoedeisende situatie waarbij acuut behandelen medisch noodzakelijk was. De zorg had kunnen worden uitgesteld.

Kort vóór de operatie van 10 oktober 2013 heeft contact plaatsgevonden met de alarmcentrale en die heeft toen al geconstateerd dat sprake was van zorg die kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. In de contactregistraties van de alarmcentrale wordt bevestigd dat de rugproblemen reeds bekend waren. Aanvankelijk wordt een afwachtend beleid geadviseerd, namelijk vier dagen aankijken en medicatie. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat er geen aantekeningen zijn waaruit medische spoed blijkt, zoals caudasyndroom, verlammingen en incontinentie.

De keuze van verzoekster de behandeling bij het HCB te ondergaan is begrijpelijk, maar zij kon medisch gezien voor de onderhavige zorg terecht kon bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Bovendien is vastgesteld dat het niet ging om spoedzorg. Verzoekster heeft dan ook slechts recht op vergoeding van 50 procent van het Nederlandse Wmg-tarief. Dit is duidelijk vermeld in de verzekeringsvoorwaarden.

5.3. Bij de vergoeding is uitgegaan van zorgproductcode 131999267 met omschrijving "*Operatie aan de wervelkolom waaronder rughernia of verwijderen van de wervelboog (met verpleegligdagen)*". Voor deze zorgproductcode bestaat geen wettelijk tarief, maar een marktconform tarief. Het restitutietarief (50%) bedraagt € 1.865,73, en dit is vergoed aan verzoekster. Het is begrijpelijk dat verzoekster een hogere vergoeding wenst, maar de ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding hiertoe over te gaan.

5.4. Het arrest Keller ziet op de situatie waarin een formulier E-111 of E-112 is afgegeven. Daarvan is in onderhavig geval geen sprake. Tot tarifiering wordt derhalve niet overgegaan. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat de EHIC is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland. In het kader van Vo. nr. 883/2004 kan een verzekerde in sommige gevallen kiezen voor een vergoeding volgens de regelgeving en tarieven van de lidstaat waar de zorg wordt verleend. Een dergelijke vergoeding naar Europees recht voor geplande zorg in een lidstaat kan worden geweigerd indien de benodigde medische zorg tijdig beschikbaar is in het woonland. In het onderhavige geval is geen sprake van dat de benodigde medische zorg niet tijdig beschikbaar was in Nederland. Verder moet voor deze vergoeding voorafgaande toestemming worden gevraagd en verkregen. Dit is niet gebeurd.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 ziektekostenverzekeraar is gehouden 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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

B.4.2.1. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op:

- a. medisch specialistische behandeling;
- b. opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);
- c. verblijf, verpleging en verzorging;
- d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- e. laboratoriumonderzoek .

(…)

B.4.2.2. Voorwaarden

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

- a. U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, jeugdarts of bedrijfsarts.

(…)

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Dat hangt ervan af naar welke zorgverlener u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

(…)”

- 8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering betreft zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"Voor zorg in het buitenland is er verschil tussen:

- a. zorg in een (ander) Verdragsland als u zelf in een Verdragsland woont of verblijft (artikel B.2.1.);
- b. zorg buiten het land waarin u woont (artikel B.2.2.);

B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- a. zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- b. (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoalsbeschreven in artikel B.2.2.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

*Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. We hebben dan wel, om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, meer informatie nodig dan dat standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.
(...)*

Let op!

In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of Australië? Dan kunt u de EHIC (European Health Insurance Card, een Europese zorgpas) aanvragen. Met deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening wordt betaald door de zorgverzekeraar in het land van herkomst.

Let op!

Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan, tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie) én voor bewoners van de grensstreek. U kunt de gratis pas zelf aanvragen via de internetsite van het Zorginstituut Nederland."

- 8.5. De artikelen B.2. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
Geneeskundige 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.
- 8.7. 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 ziektekostenverzekeraar 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.
- 8.8. Artikel D.14 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Let op!

In de zorgverzekering kan deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In hoofdstuk B. kunt u lezen of u daar recht op hebt.

D.14.1. Spoedeisende zorg in buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.14.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Uw verblijf is tijdelijk, als u korter dan 365 dagen aaneengesloten in het buitenland bent. De aanvullende verzekering vergoedt zorg die geheel of gedeeltelijk buiten de zorgverzekering en/of een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering vallen.

D.14.1.2. Waar hebt u recht op?

Volgens de beschrijving in artikel D.14.1.1. vergoeden wij spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland die betrekking heeft op:

a. zorg die onder uw zorgverzekering of aanvullende verzekering ook zou zijn vergoed als u die kosten in Nederland of uw woonland zou hebben gemaakt maar waarvan de kosten door hogere buitenlands tarieven voor een deel voor uw rekening blijven. Wij vergoeden namelijk kosten volgens Nederlandse tarieven. Zie daarvoor artikel A.20. De buitenlandse tarieven zijn vaak anders (lager of hoger) dan de Nederlandse tarieven. Als de buitenlandse tarieven hoger zijn dan de Nederlandse, dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekering deze meerkosten tot maximaal het tarief dat in uw Vergoedingen Overzicht staat;
(...)

D.14.1.3. Voorwaarden

Algemeen

a. U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering;
b. De zorg is spoedeisend;
c. De zorg is medisch noodzakelijk;
d. Het bedrag dat u voor buitenlandse zorg declareert, mag niet hoger zijn dan in het land waar u tijdelijk verblijft gebruikelijk is;
e. De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;
f. Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar;
g. U moet geheel meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst.

Zorgverlener

Een zorgverlener die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, verleent de zorg. Deze zorgverlener voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet zorgadvies en een akkoordverklaring aanvragen bij ons of bij de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Dat hangt ervan af naar welke zorgverlener u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.14.2. Niet-spoedeisende zorg in buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.14.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

a. niet-spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf buiten uw woonland;
b. niet-spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf buiten uw woonland maar in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat. Het moet om zorg gaan, die ook zou zijn vergoed als die in Nederland of uw woonland zou hebben plaatsgevonden.

D.14.2.2. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op vergoeding van kosten:

a. voor zorg buiten uw woonland;
b. voor zorg buiten uw woonland maar in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

(...)

D.14.2.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. De zorg komt volgens het voor u geldende Vergoedingen Overzicht van de door u gesloten aanvullende verzekering voor vergoeding in aanmerking.
- b. De medische kosten in het buitenland worden ten hoogste vergoed volgens de tarieven in Nederland;
- c. De voorwaarden die staan vermeld bij de afzonderlijke vergoedingen van de aanvullende verzekeringen blijven van kracht.

Zorgverlener

Een zorgverlener die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, verleent de zorg. Deze zorgverlener voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Dat hangt ervan af naar welke zorgverlener u gaat. Zie hiervoor artikel A.20."

- 8.9. De artikelen 19 en 20 Vo. nr. 883/2004 luiden, voor zover hier van belang:

"Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
(...)

Artikel 20

Reizen met het oogmerk verstrekkingen te ontvangen buiten de woonstaat (of lidstaat van de woonplaats)

1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar de betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.
(...)"

- 8.10. Artikel 25 Vo. nr. 987/2009 luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

A) Procedure en draagwijdte van het recht

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.

2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.

3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.

B) Procedure en regelingen voor de rechtstreekse betaling en/of vergoeding van verstrekkingen

4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.

5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest. Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.

6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.

7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. De onderhavige kosten zijn gemaakt in Spanje, een andere EU-lidstaat. Verzoekster is tijdens haar vakantie aldaar opgenomen in een ziekenhuis. Enkele dagen nadien is door de behandelend arts geoordeeld dat operatief ingrijpen noodzakelijk was. Een en ander viel binnen de geplande duur van de vakantie. Naar het oordeel van de commissie is aldus sprake van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf als bedoeld in artikel 19 Vo. nr. 883/2004.

Door verzoekster is een EHIC getoond aan het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft de EHIC kennelijk niet geaccepteerd, aangezien de kosten niet bij het Spaanse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering zijn gedeclareerd. Verzoekster, althans haar echtgenoot, heeft aan het ziekenhuis een aanbetaling gedaan, opdat de operatie doorgang kon vinden. Nadien is door de ziektekostenverzekeraar een vergoeding verleend, en het restantbedrag is door het ziekenhuis van verzoekster gevorderd.

Ingevolge artikel 25 lid 5 Vo. nr. 987/2009 dient de ziektekostenverzekeraar in een dergelijk geval tot tarifiering over te gaan. Indien de daadwerkelijke kosten hoger zijn dan de vergoeding op basis van de Spaanse sociale ziektekostenverzekering, heeft verzoekster op grond van artikel B.2. van de zorgverzekering aanspraak op een aanvulling tot maximaal het Nederlandse tarief.

De ziektekostenverzekeraar heeft reeds een vergoeding verleend voor onderhavige zorg, zodat vaststaat dat sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, dat verzoekster daarvoor een indicatie had, en dat ook aan de overige voorwaarden van de zorgverzekering is voldaan.

- 9.2. Met betrekking tot het Nederlandse tarief geldt het volgende. De ziektekostenverzekeraar heeft voor onderhavige zorg een vergoeding van 50% van het marktconforme tarief verleend. De vraag kan worden gesteld of deze vergoeding een feitelijke hinderpaal oplevert om de zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, als bedoeld in de Memorie van Toelichting bij artikel 13 Zvw. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. Uit een uitspraak van de Rechtbank Zeeland - West Brabant van 14 maart 2013 (ECLI:NL:RBZWB:2013:BZ4071) kan worden opgemaakt dat ten tijde van het ontstaan van onderhavig geschil een korting van 50 percent als een feitelijke hinderpaal moest worden beschouwd.
In vervolg hierop heeft het Gerechtshof 's-Hertogenbosch in zijn arrest van 9 juli 2013 (ECLI:NL:GHSHE:2013.2971) overwogen dat in het algemeen niet is te zeggen wanneer sprake is van een feitelijke hinderpaal. Bij een korting van 50 percent moet dit echter voorshands worden aangenomen, bij gebreke van meer of andere gegevens. Het hof heeft verder overwogen dat een vergoeding van 75 tot 80 percent in 2013 een breed gedragen praktijknorm was en heeft hierop een wel acceptabele vergoeding berekend. Dit oordeel van het hof is door de Hoge Raad in zijn arrest van 11 juli 2014 in stand gelaten (ECLI:NL:HR:2014.1646).
De commissie sluit zich bij voormelde opvattingen aan. Dit betekent dat voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland en de andere lidstaten van de Europese Unie, geldt dat een vergoeding van minimaal 75 percent van het wettelijke dan wel het gecontracteerde tarief geen feitelijke hinderpaal oplevert, althans zolang dit percentage binnen de markt breed wordt gedragen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland tot 100 procent van het gedeclareerde tarief. Voorwaarden hiervoor zijn - voor zover hier relevant - dat de kosten niet of gedeeltelijk worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, dat de zorg spoedeisend en medisch noodzakelijk is, dat het gedeclareerde bedrag niet hoger is dan in het land van verblijf gebruikelijk is en dat de zorg niet voorzienbaar was op het moment van vertrek naar het buitenland.
De ziektekostenverzekeraar heeft een gedeeltelijke vergoeding ten laste van de zorgverzekering verleend voor de zorg, de zorg was spoedeisend en medisch noodzakelijk, en de zorg was niet voorzienbaar op het moment van vertrek naar het buitenland. Met betrekking tot de voorwaarde dat het gedeclareerde bedrag niet hoger is dan in het land van verblijf noodzakelijk is, gaat de commissie er vanuit dat hieraan is voldaan. Er zijn immers geen termen aanwezig anders te veronderstellen en bovendien is door de ziektekostenverzekeraar geen beroep gedaan op het niet voldoen aan deze voorwaarde.
Derhalve bestaat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering (artikel D.14.) aanspraak op een aanvullende vergoeding tot 100 procent van het gedeclareerde tarief. Dit komt neer op een aanvulling tot € 4.633,--.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat, aangezien het verzoek dient te worden toegewezen op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering, tarifiering door de ziektekostenverzekeraar achterwege kan blijven.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.5 is omschreven.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 8 april 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo

