

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, toeslag éénpersoonskamer, vergoeding verblijf in gastenverblijf ziekenhuis
Zaaknummer : 2009.01361
Zittingsdatum : 21 april 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008 en 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008 en 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Als verzekeringnemer en erfgenaam, komt verzoeker komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 23 april 2009 en 5 mei 2009 de kosten van verblijf van zijn overleden echtgenote (hierna: erflaatster) in het Universitair Ziekenhuis te Leuven (België) (hierna: de aanspraak) gedeeltelijk niet te vergoeden. Tevens komt verzoeker op tegen het niet vergoeden van de kosten van zijn verblijf in het gastenverblijf van het voornoemde ziekenhuis.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie waren verzoeker en erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker en erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Vitaal & Zeker Pakket 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 23 april 2009 en 5 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de onder punt 2 omschreven aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar alsnog de ten behoeve van erflaatster gemaakte extra kosten voor het medische en paramedische honorarium ad € 2.004,44 aan verzoeker heeft vergoed. Voor het overige heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten gehandhaafd.
- 3.5. Bij brief van 16 december 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar

gehouden is de aanspraak alsnog 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 commissie heeft ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid geboden tot het geven van een reactie. De ziektekostenverzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Verzoeker is hiervan op de hoogte gesteld.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 februari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 april 2010 per email medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 25 februari 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 29 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010031341) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het supplement voor de eenpersoonskamer niet onder het betreffende DBC-tarief valt en daarom niet voor vergoeding in aanmerking komt. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 21 april 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 23 april 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 27 april 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. Erflaatster is gedurende de periode van 8 december 2008 tot haar overlijden op 21 februari 2009 opgenomen geweest in het Universitair Ziekenhuis te Leuven (België).
 - 4.2. Verzoeker heeft, vóór de opname van erflaatster in Leuven, de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming voor de opname. De ziektekostenverzekeraar heeft deze toestemming verleend en heeft een E112-formulier verstrekt voor de rechtstreekse financiële en administratieve afhandeling van de kosten van de betreffende zorg.
 - 4.3. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de eenpersoonskamer ten behoeve van erflaatster medisch noodzakelijk was. Door de zwaarte

van de behandeling, de vele complicaties en dergelijke is zij vaak in een eenpersoonskamer behandeld; dit op advies van zowel de huisarts als de medisch specialist. De kosten van de behandeling en het verblijf in België zijn per saldo lager dan in Nederland. Bij behandeling in een particuliere, Nederlandse kliniek wordt ook een normale vergoeding toegekend voor een eenpersoonskamer. Verzoeker merkt verder op dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat hij een eersterangs zorgverzekering heeft met zijn zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering.

- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd, dat zijn echtgenote verschillende periodes opgenomen is geweest. De eerste keer is zijn echtgenote verbleven op een eenpersoonskamer. Dat beviel goed. Dat daar extra kosten aan verbonden waren, was bekend. Daarna kwam zij op een tweepersoonskamer. Zijn echtgenote kon echter het verhaal van de medepatiënt niet goed verwerken en is toen op een klein kamertje apart ondergebracht. De basiskosten zijn in België lager dan in Nederland, daarom is de premie daar ook lager. Verzoeker betaalt echter een hogere premie. Verzoeker meent dat niet is vergoed volgens het Nederlandse tarief; er is geen rekening gehouden met de complicaties. Een bedrag van ongeveer € 13.000,-- blijft nu voor rekening van verzoeker.

- 4.5. 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 heeft in de heroverweging en de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen gesteld, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de kosten van zorg in het buitenland op grond van artikel 9 van de zorgverzekering wordt vergoed tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Naar aanleiding van de aanvraag van het UZ te Leuven heeft de ziektekostenverzekeraar op 27 oktober 2008 een E112-formulier verzonden voor een behandeling van een slokdarmcarcinoom in het UZ te Leuven. Met dit formulier wordt medegedeeld dat aanspraak bestaat op de genoemde zorg op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en aanverwante regelgeving. De machtiging gaat uit van een theoretische dekking, zonder rekening te houden met reeds genoten zorg of mogelijke eigen bijdragen. De ziektekostenverzekeraar kan uit zijn administratie niet opmaken of hij verzoeker of erflaatster destijds uitleg heeft gegeven over de werking van het E112-formulier.
- 5.2. Vastgesteld is dat voor de onderhavige behandeling twee diagnosebehandeling combinaties (DBC's) mogen worden gedeclareerd. Voor de behandeling radiotherapie betreft het DBC 61.11.11.0101.0106 met een bedrag van € 10.301,-- en voor de behandeling chemotherapie DBC 13.11.00.0904.4503 met een bedrag van € 13.809,70. De totale vergoeding zou in Nederland derhalve € 24.110,70 bedragen.
- 5.3. Het ziekenhuis stuurt, voor de afhandeling via het E112-formulier, de factuur van de behandeling naar de Belgische Mutualiteit, die de kosten verrekent met het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ verrekent op zijn beurt de kosten met de ziektekostenverzekeraar. Voor de kosten van persoonlijke tussenkomst en supplementen ontvangt de patiënt een aparte factuur. Deze factuur kan de verzekerde zelf bij zijn ziektekostenverzekeraar indienen. Het is voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk een overzicht te verstrekken van de kosten die hij rechtstreeks aan het zie-

kenhuis heeft betaald en wat op verzoeker is verhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de persoonlijke tussenkomst (remgeld) volledig vergoed aan de echtgenote van verzoeker. De kosten van supplementen betreffen kosten van een eerste klas kamer, extra honorarium van de arts en de kosten van voeding en dergelijke. De ziektekostenverzekeraar heeft de extra kosten voor het medische en paramedische honorarium ad € 2.004,44 alsnog aan verzoeker vergoed. De overige kosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat de toeslag voor de eenpersoonskamer niet onder de dekking valt. De maaltijden en lakens voor verzoeker vallen evenmin onder de dekking. Bij het ziekenhuis in Leuven is nog navraag gedaan, aangezien patiënten normaliter moeten verklaren dat zij instemmen met de hogere kosten, die zij zelf moeten betalen.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is de aanspraak op vergoeding van de toeslag voor een eenpersoonskamer in het ziekenhuis in België en van de kosten van verblijf van verzoeker in het gastenverblijf van het ziekenhuis, 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 12 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verblijf bestaat.
Voor zover hier van belang, luidt artikel 34 (2009):

“medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(...)

Bijzonderheden:

onderbrekingen van ten hoogste dertig dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 365 dagen.”

- 8.3. De aanspraak op medisch specialistische zorg is opgenomen in artikel 14 van de zorgverzekering.
- 8.4. Op grond van artikel 9.1 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van zorg verleend in het buitenland tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven.
- 8.5. De artikelen 9, 11 en 34 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 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 en verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. In artikel 22 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat in enkele gevallen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van verblijf. Dit artikel luidt:

“verblijf:

- 1. in een logeerhuis dat is verbonden aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonald-huis of een Kiwanishuis;*
- 2. in het gastenverblijf Ter Weijde, verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), bij opname of twee dagbehandelingen, die op aaneengesloten dagen plaatsvinden. Ook bestaat aanspraak op vergoeding van logieskosten van ten hoogste twee gezinsleden. (...) ten hoogste 20 nachten per kalenderjaar.(...)”*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de verzekeringsvoorwaarden en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. De zorgverzekering wordt, voor de toepassing van EG-Verordening 1408/71, beschouwd als een sociale ziektekostenverzekering. Verzekerden kunnen zich, met een zogenoemd E112-formulier, wenden tot zorgaanbieders in een andere EU-lidstaat. Erfaatster had voorafgaand aan de opname een dergelijk formulier gevraagd en gekregen van de ziektekostenverzekeraar. Onder overlegging van dit formulier kon zij aanspraak maken op zorg overeenkomstig de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Deze verzekering kent geen dekking voor de diverse supplementen, waaronder de toeslag in verband met het gebruik van een eenpersoonskamer.

- 9.3. In eerdere bindende adviezen heeft de commissie bepaald dat voor zover de kosten van de zorg niet zijn gedekt onder de sociale ziektekostenverzekering van het land waar deze zorg wordt geleverd, eventueel een aanvulling kan plaatsvinden tot het niveau van de vergoeding die zou zijn verleend indien de behandeling in Nederland zou hebben plaatsgevonden. Voorwaarde is daarbij wel dat het moet gaan om medische zorg. De toeslag vanwege het gebruik van een eenpersoonskamer valt hier niet onder, ook niet indien de noodzaak daartoe – zoals door verzoeker weliswaar is gesteld, maar niet aannemelijk is gemaakt – wordt onderschreven door de behandelend arts of de huisarts.
- 9.4. Waar het gaat om de supplementen en eventuele erelonen en remgelden voor zover deze wel zijn te beschouwen als verband houdend met medische zorg, heeft het volgende te gelden.
Op grond van de zorgverzekering bestaat voor medisch specialistische zorg aanspraak op vergoeding tot maximaal de in Nederland toepasselijke Wmg-tarieven. De ziektekostenverzekeraar heeft vastgesteld dat voor de opname en behandeling van erfiaatster twee zogenoemde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) van toepassing zijn; de totale vergoeding hiervoor bedraagt maximaal € 24.110,70. Binnen deze gegeven financiële ruimte zijn de supplementen door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 9.5. Verzoeker heeft ter zitting gesteld dat tijdens de behandeling in België complicaties zijn opgetreden, waardoor, buiten de toeslag voor het gebruik van de eenpersoonskamer, kosten voor zijn rekening zijn gebleven.
Wat daarvan ook zij, het betreffende DBC-tarief moet in de Nederlandse marktomstandigheden worden geacht toereikend te zijn voor de gehele behandeling. Nu echter sprake is van een gemiddelde, kan het dat, met name in geval van behandeling in het buitenland, dit tarief in individuele gevallen niet toereikend is om alle in rekening gebracht kosten te dekken. Daardoor ontstaat evenwel geen recht op een hogere vergoeding.
- 9.6. De logieskosten van gezinsleden komen noch ingevolge de Belgische sociale ziektekostenverzekering, noch op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. In de aanvullende ziektekostenverzekering is een aanspraak opgenomen voor logieskosten van gezinsleden. Voor logeerhuizen in Nederland geldt de voorwaarde dat het logeerhuis verbonden moet zijn aan een in Nederland gelegen ziekenhuis. Voor logeerhuizen buiten Nederland is alleen het gastenverblijf Ter Weijde, verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, aangewezen. Het verblijf van verzoeker in het gastenverblijf van het ziekenhuis te Leuven komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking. Evenmin bestaat aanspraak op vergoeding van de maaltijden die door verzoeker zijn genoten.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 mei 2010,

Voorzitter