

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.02646
Zittingsdatum : 22 september 2010

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 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: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 11 november 2009 een “microsurgical decompression of the carpal tunnel and a removal of the cystic formation”, uit te voeren te München (Duitsland) (hierna: de aanspraak) gedeeltelijk te vergoeden, namelijk tot een bedrag van € 1.062,--.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Zorg Polis Best en het Tand Goed Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 11 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 1.062,-- wordt ingewilligd.
- 3.3. Verzoekster heeft de kwestie aan de SKGZ voorgelegd, waarop de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft een eventuele nieuwe MRI-scan in verband met de opgelopen vertraging gedeeltelijk, en wel tot een bedrag van € 428,56 te vergoeden.
- 3.4. Bij brief van 27 april 2010 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 ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juli 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 25 juli respectievelijk 5 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 26 juli 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 25 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010095801) 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 op 3 september 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: *"(...) the presence of the lig. carpi transversum. In addition dorsally of the nervus medianus there is presence of a cystic formation which impinges the nerves"*.
- 4.2. Verzoekster stelt dat in München een MRI-scan is gemaakt waaruit is gebleken dat sprake is van carpaal tunnelsyndroom, waaraan zij dient te worden geopereerd. Ook dient het aanwezige ganglion te worden verwijderd. De ziektekostenverzekeraar vergoedt slechts een klein gedeelte van de operatie, hetgeen onterecht is. Ook dient inmiddels, door de late reactie van de ziektekostenverzekeraar aangaande de hoogte van de vergoeding, een nieuwe MRI-scan te worden gemaakt, omdat niet kan worden uitgegaan van een scan die ouder is dan een half jaar. Met het aanbod van de ziektekostenverzekeraar de nieuwe MRI-scan slechts gedeeltelijk te vergoeden, gaat verzoekster niet akkoord.
- 4.3. 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 stelt dat in eerste instantie vergoeding is afgewezen omdat het maximaal te vergoeden tarief zou zijn overschreden. Later bleek de MRI-scan betrekking te hebben op een andere indicatie dan de overige gedeclareerde kosten, zodat verzoekster ter zake daarvan aanspraak heeft op een bedrag van € 428,56, conform de in Nederland geldende tarieven. Daarbij is de DBC-code 08.11.00.4840.0011 gehanteerd.
- 5.2. Indien naar aanleiding van de MRI-scan een operatie wordt uitgevoerd, geldt de DBC-code 08.11.00.3201.0023 met een bijbehorend tarief van € 1.681,--. Het eerder

in de machtiging vermelde tarief van € 1.062,-- is onjuist.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanspraak 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 kosten van de MRI-scan en van de bij verzoekster uit te voeren operatie volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 428,56 respectievelijk € 1.681,-- te vergoeden, 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“9.1 Verzekerde woonachtig in Nederland

De verzekerde die in Nederland woont (...) heeft naar keuze aanspraak op:

- *zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;*
- *zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 11.4 van deze verzekeringsvoorwaarden; (...)*”

Artikel 11.4 van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding, indien een verzekerde kiest voor een zorgverlener die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd en luidt, voor zover hier van belang:

“11.4 Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [de ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2009, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2009 gelijk aan het geldende Wmg-tarief. (...)”

- 8.3. De artikelen 9, 11 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 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 zorgverzekeraar 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. Niet gebleken is dat de door verzoekster gewenste zorg in Nederland niet of niet tijdig beschikbaar is. De ziektekostenverzekeraar was derhalve gerechtigd geen E 112-formulier aan verzoekster te verstrekken. Aangezien geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten ten laste van EG-Verordening 1408/71, heeft verzoekster gelet op de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding op basis van het in Nederland geldende tarief.
- 9.2. Ter vaststelling van het Nederlands tarief is de ziektekostenverzekeraar voor de operatie uitgegaan van de DBC-code 08.11.00.3201.0023 met als omschrijving: “reguliere zorg // eenvoudige neurolyse van een perifere zenuw / Operatief met klinische episode(n)”. Gelet op de door verzoekster gewenste ingreep komt deze code de commissie juist voor. Het betreft een DBC-code uit het B-segment, waarbij de tarieven zijn afgesproken tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het tarief dat de ziektekostenverzekeraar voor de betreffende code heeft afgesproken bedraagt € 1.681,--, zodat verzoekster aanspraak heeft op 80 procent van dat bedrag, nu zij gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel laten blijken geen korting te zullen toepassen. Het DBC-tarief wordt in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat daarvan bij verzoekster geen sprake is, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.
- 9.3. Voor zover verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar haar de tweede MRI-scan volledig dient te vergoeden, oordeelt de commissie als volgt. De aanvraag voor de onderhavige behandeling heeft de ziektekostenverzekeraar bereikt op 28 oktober 2009. De beslissing over de hoogte van de vergoeding vond plaats op 11 november 2009. Verzoekster heeft op 29 november 2009 nadere vragen over de vergoeding gesteld, op welke vragen de ziektekostenverzekeraar haar bij e-mail van 24 november 2009 heeft geantwoord. Verzoekster heeft daarop de kwestie aan de Ombudsman Zorgverzekeringen voorgelegd, die daarin heeft bemiddeld. Op de brieven van de Ombudsman heeft de ziektekostenverzekeraar steeds binnen de gegeven termijn gereageerd. De commissie is derhalve van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar geen termijnen heeft overschreden als gevolg waarvan verzoekster schade heeft geleden. Zij heeft zelf ervoor gekozen de operatie uit te stellen. Voor het feit dat de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie een te laag bedrag voor de operatie op de machtiging heeft vermeld heeft hij aan verzoekster aangeboden een tweede MRI-scan tot maximaal het Nederlands tarief te vergoeden, namelijk tot een bedrag van € 428,56. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee een redelijke oplossing geboden, die verzoekster evenwel heeft afgewezen. De ziektekostenverzekeraar is daarom niet gehouden tot vergoeding van een hoger bedrag.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige zorg, zodat de bespreking van die verzekering verder achterwege kan blijven.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 september 2010,

Voorzitter