



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D tegen Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg
Zaak : EU/EER, Duitsland, artroscopie, knieoperatie
Zaaknummer : 201600325
Zittingsdatum : 31 augustus 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (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 Delta Lloyd Compleet en TandenGaaf 100% tot EUR 1000 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde 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 artroscoopie van de rechterknie, uit te voeren door dr. Lo te Nordhorn, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor de behandeling een vergoeding van € 2.438,74 wordt verleend.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 2 maart 2016 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 8 maart 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 2.438,74, 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 24 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 mei 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 juni 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 26 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 juni 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016069980) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC passend is. Verzoekster heeft aanspraak op het bij deze DBC behorende tarief. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 8 augustus 2016 aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 augustus 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 1 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 9 september 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een artroscoopie van de rechterknie, uit te voeren door dr. Lo te Nordhorn, Duitsland. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag bij brief van 29 april 2015 afgewezen. Na deze afwijzende beslissing heeft verzoekster opnieuw een aanvraag ingediend, voor dezelfde behandeling door dr. Lo. De ziektekostenverzekeraar heeft de ontvangst van deze aanvraag bij brief van 22 juni 2015 bevestigd. In zijn brief schrijft de ziektekostenverzekeraar dat de behandeling wordt vergoed tot een maximumbedrag van € 2.438,74. Verzoekster heeft de betreffende operatie in september 2015 ondergaan, maar de nadien verleende vergoeding van ruim € 2.400,-- is bij lange na niet kostendekkend.
-  4.2. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar met de zinsnede "*Verloopt de behandeling anders dan kan het zijn dat u een andere vergoeding krijgt*" de verwachting heeft gewekt dat de kosten van de behandeling volledig zouden worden vergoed. Daarnaast stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar de behandeling door dr. Lo niet serieus neemt. Uit een presentatie die op 5 februari 2014 door de heer Tang is gegeven, blijkt dat de methode die dr. Lo hanteert niet alleen succesvol is, maar ook (nog) hogere kosten voorkomt.
-  4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar steeds spreekt over een artroscoopie. Dit is niet juist. Dr. Lo heeft namelijk een andere behandeling uitgevoerd die nog niet in Nederland wordt uitgevoerd. De operatie die is uitgevoerd is op verschillende onderdelen anders dan die welke in Nederland wordt uitgevoerd, en daarom ook duurder. De hogere prijs heeft te maken met de gebruikte apparatuur en opgetreden complicaties. Verzoekster wenst een "reële" vergoeding van de ziektekostenverzekeraar te ontvangen. Het thans uitgekeerde bedrag van € 2.438,74 staat in geen verhouding met de daadwerkelijke kosten van bijna € 6.000,--.
-  4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

-  5.1. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Volgens de ziektekostenverzekeraar was de zorg tijdig bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar, zodat de verordening niet van toepassing is. Dit betekent dat voor de vergoeding van de behandeling moet worden teruggevallen op de zorgverzekering.
-  5.2. De zorgverzekering biedt dekking voor de kosten van zorg in het buitenland. Verzoekster heeft een behandeling ondergaan in Nordhorn, Duitsland. Uiteraard is dit geen probleem, maar op grond van de zorgverzekering bestaat bij niet-gecontracteerde verzekerde zorg aanspraak op vergoeding tot maximaal het marktconforme tarief of de redelijke marktprijs.
-  5.3. Bij ziekenhuiszorg in het buitenland wordt het Nederlandse tarief vastgesteld door het toepassen van een DBC-zorgproductcode die, indien de zorg in Nederland was verleend, zou zijn gedeclareerd. Voor de vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de DBC-zorgproductcode 131999199 met omschrijving "Uitgebreide operatie knie bij een ziekte van botspiersel", en bijbehorend tarief van € 2.438,74. Alle uitgevoerde ingrepen tijdens de artroscopie vallen onder deze zorgproductcode.
-  5.4. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij het bedrag van € 2.438,74 niet volledig aan verzoekster heeft vergoed. Een bedrag van € 342,32 is namelijk verrekend met het nog openstaande eigen risico 2015 van verzoekster.
-  5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de uitgevoerde behandeling kennelijk in Nederland niet wordt uitgevoerd. De vraag die dan opkomt is of de betreffende behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee verzekerde zorg is. Indien zou blijken dat de uitgevoerde behandeling geen verzekerde zorg is, dan bestaat zelfs in zijn geheel geen recht op vergoeding.
Indient het geschil echter alleen de hoogte van de vergoeding betreft, geldt dat het reeds betaalde tarief van € 2.438,74 behoort bij een artroscopie. Bovendien had een dergelijke behandeling voor dit bedrag tijdig in Nederland kunnen worden uitgevoerd.
-  5.6. 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 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

 7. Het geschil

-  7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag dan € 2.438,74 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

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.4.1. Medisch specialistische zorg
algemeen*

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)"

- 8.3. Artikel B.2. van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland
Zorg: waar hebt u recht op?*

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:

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

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

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. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen. (...)"

- 8.4. De artikelen B.2. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 8.6. 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.

8.7. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"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 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. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster wenste de onderhavige zorg te verkrijgen in een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland. Derhalve was sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Op 20 januari 2015 heeft verzoekster verzocht om toestemming. Bij brief van 29 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de kosten niet worden vergoed omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze afwijzende beslissing vormt thans geen onderwerp van geschil.

9.2. Kennelijk is nadien een tweede aanvraag ingediend waarop de ziektekostenverzekeraar bij brief van 22 juni 2015 heeft gereageerd. In deze brief stelt de ziektekostenverzekeraar dat de gevraagde zorg - te weten een artroscopie - tijdig in Nederland dan wel buiten Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar is zodat de verordening buiten toepassing blijft. Op grond van de zorgverzekering bestaat wel aanspraak op - gedeeltelijke - vergoeding van de kosten. Ter zitting heeft verzoekster betoogd dat een andere behandeling is uitgevoerd, die in Nederland niet wordt aangeboden. De ziektekostenverzekeraar heeft erop gewezen dat in dat geval de vraag - wederom - aan de orde komt of die behandeling conform de wetenschap en praktijk is, met als mogelijke uitkomst dat in het geheel geen recht op vergoeding bestaat. Omdat verzoekster haar stelling ter zake niet heeft onderbouwd, zal de commissie als vaststaan aannemen dat een artroscopie is uitgevoerd. Daar haar is niet aannemelijk gemaakt dat deze behandeling ten tijde van de tweede aanvraag niet tijdig in Nederland beschikbaar was. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was toestemming te verlenen op grond van Vo. nr. 883/2004 en een S2-formulier af te geven. Om die reden blijft de verordening buiten toepassing en dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.3. De zorgverzekering biedt aanspraak op geneeskundige zorg, waaronder medisch specialistische zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft reeds een (gedeeltelijke) vergoeding verleend voor de onderhavige artroscopie, zodat niet alleen vaststaat dat deze operatie een verzekerde prestatie vormt, maar tevens dat verzoekster hiervoor een indicatie had, en dat aan de overige voorwaarden is voldaan. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding, waarbij door verzoekster is aangevoerd dat deze "reëel" dient te zijn. Zij wijst hierbij op het verschil tussen de bij haar in rekening gebrachte kosten en het door de ziektekostenverzekeraar vergoede bedrag.

Voor de vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de DBC-zorgproductcode 131999199 met omschrijving "Uitgebreide operatie knie bij een ziekte van botspiersel", en bijbehorend tarief van € 2.438,74. Verzoekster heeft de juistheid van de code of het hierbij behorende tarief niet bestreden, terwijl deze code naar het oordeel van de commissie ook als juist kan worden gekwalificeerd. Om deze beide redenen is de commissie van oordeel dan



verzoekster voor de in september 2015 ondergane ingreep een vergoeding heeft ontvangen in overeenstemming met de voorwaarden van de zorgverzekering. Dat een relatief groot bedrag voor haar rekening is gebleven, maakt niet dat de aan verzoekster verleende vergoeding niet "reëel" is. Immers, door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door verzoekster niet gemotiveerd bestreden dat een artroscoopie voor genoemd bedrag kan worden uitgevoerd in een Nederlands ziekenhuis. Deze constatering volstaat zodat in het midden kan blijven waardoor het verschil wordt veroorzaakt. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.



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, 14 september 2016,



H.A.J. Kroon