

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, bilaterale heupoperatie,
beschikbaarheid zorg
Zaaknummer : 2012.02282
Zittingsdatum : 1 mei 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo. nr. 883/2004, art. 26 Vo. nr. 987/2009)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering AV Tand Extra is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een bilaterale heupoperatie, uitgevoerd te Gent (België), ten bedrage van € 15.500,-- (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 12.296,--.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 29 augustus 2012 en 10 september 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 17 januari 2013 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 maart 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 maart 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 april 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 5 maart 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 april 2013 (zaaknummer 2013033559) 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 de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste zorgproducten (codes 131999052 en 131999051) passend zijn gezien het ontbreken van een zorgproductcode voor een bilaterale heupoperatie. Het CVZ merkt op dat het in één operatiesessie plaatsen van heupprothesen aan beide zijden conform de stand van de wetenschap en praktijk is.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 12 april 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 mei 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 2 mei 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 7 mei 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. De behandelend orthopeed heeft ter zake van verzoeker het volgende verklaard: "(...) *belangrijke coxarthrose van de beide heupen. Klinisch en anamnestic zijn beide zijden aangetast. Er is nog een beperkte beweeglijkheid van 90° flexie, een lichte flexiecontractuur (-5), een beperkte abductie en adductie (+5,5 graden), alsook een beperkte/afwezige exo- en endorotatie (5,5). Er is een positieve Trendelenburg. Op heden gaat het nog maar pas om de schoenen aan te doen en wordt de functie, gezien de leeftijd van [verzoeker] toch sterk beperkt. Op een functionele heupscore qua pijn, functie en beweeglijkheid scoort hij nog slechts 38 op 100.*", en geconcludeerd: "*een totale heupprothese is hier de enige oplossing*".
- 4.2. Op 1 oktober 2012 heeft de operatie waarop verzoeker aanspraak maakt plaatsgevonden.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een bilaterale heupoperatie medisch onverantwoord is. Deze stelling wordt door hem echter niet onderbouwd. De Belgische arts is gespecialiseerd in dergelijke operaties en voert deze zeer regelmatig uit. Het is voorts vreemd dat de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot gedeeltelijke vergoeding van de operatie, terwijl wordt gesteld dat het niet mogelijk is deze operatie in Nederland te laten uitvoeren. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker pas in een zeer laat stadium geïnformeerd over zijn standpunt dat de bilaterale heupoperatie medisch onverantwoord is. Verzoeker stelt dat er Nederlandse verzekeraars zijn die een contract hebben met het Belgische ziekenhuis voor bilaterale heupoperaties. Hieruit kan worden afgeleid dat andere verzekeraars deze operatie wél medisch verantwoord vinden. Verzoeker merkt verder op dat de kosten van de bilaterale heupoperatie aanzienlijk lager zijn dan wanneer twee afzonderlijke heupoperaties worden uitgevoerd. Bovendien zouden twee afzonderlijke heupoperaties veel belastender zijn voor hem. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar slechts een gedeeltelijke vergoeding toekent en daar bovendien 20 percent van aftrekt omdat geen contract is gesloten met het Belgische ziekenhuis. De bilaterale heupoperatie is in alle opzichten beter voor beide partijen.
- 4.4. Verzoeker benadrukt dat de operatie zeer goed is verlopen en dat hij zeer snel is hersteld. Het resultaat is wonderbaarlijk, zodat van een onaanvaardbaar medisch risico in zijn situatie niet is gebleken.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar is gezegd dat met het Belgische ziekenhuis geen contract is gesloten, zodat 80 percent van de kosten zou worden vergoed. Er is geen prijs genoemd. Verzoeker dacht daarom dat het ging om 80 percent van de totale kosten. Met deze informatie heeft hij zich tot de Belgische arts gewend, en verteld dat hij geen volledige vergoeding zou ontvangen. De Belgische arts merkte toen op dat dit niet zou uitmaken, omdat verzoeker in België in ieder geval goedkoper uit zou zijn. Uiteindelijk is door de ziektekostenverzekeraar een vergoeding toegekend van ruim € 15.000,--, waarop 20 percent in mindering is gebracht. Verzoeker stelt dat onduidelijk is hoe aan dit bedrag is gekomen. Voorts brengt verzoeker in dat hij in België gedurende zeven dagen is verpleegd. In Nederland staan hier vier dagen voor, maar dan gaat het om een enkele heup.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Aanspraak op vergoeding van medisch specialistische zorg bestaat indien een verzekerde over een verwijzing beschikt van de behandelend medisch specialist of huisarts. Verder dient de behandeling te voldoen aan de (internationale) stand van de wetenschap en praktijk, waardoor deze kan worden aangemerkt als gebruikelijk in de internationale kring van beroepsgenoten. Indien een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, bestaat recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop recht zou bestaan indien de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (artikel 2.7 sub k van de zorgverzekering). Volgens artikel 3.12 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van 80% van het wettelijke tarief in Nederland indien gebruikt wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als er geen wette-

lijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief.

- 5.2. De door verzoeker gekozen zorgverlener in België is niet gecontracteerd. Conform de verzekeringsvoorwaarden ontvangt verzoeker daarom een vergoeding van 80% van het door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief. Aangezien de bilaterale heupoperatie in Nederland niet wordt uitgevoerd, zijn er voor deze operatie geen gecontracteerde tarieven vastgesteld. Daarom is besloten 80% van het gecontracteerde tarief voor een enkele heupoperatie inclusief verpleegdagen te vergoeden plus 80% van het gecontracteerde tarief voor een enkele heupoperatie zonder verpleegdagen. Aangezien bij verzoeker in één operatie twee heupprothesen zijn geplaatst, heeft hij ook maar één verpleegperiode gehad. Er is derhalve geen reden tweemaal de verpleegdagen te vergoeden. Het Nederlandse tarief is zodoende bepaald op € 15.370,-- . De vergoeding op basis van 80% bedraagt € 12.296,--.
- 5.3. Het gelijktijdig plaatsen van twee heupprothesen is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. Om die reden is het in Nederland niet mogelijk een bilaterale heupoperatie te ondergaan. Het is wel mogelijk beide heupen na elkaar te opereren. Verzoeker was er van op de hoogte dat een bilaterale heupoperatie in Nederland niet mogelijk is. Hij heeft zelf ervoor gekozen deze operatie in België te ondergaan. Dit doet echter niets af aan het feit dat het in Nederland ook mogelijk is twee heupprothesen te plaatsen, zij het ná elkaar. De zorg was daarom tijdig beschikbaar in Nederland. Om die reden is geen S2-formulier afgegeven.
- 5.4. De bilaterale heupoperatie zou eigenlijk niet mogen worden vergoed. Aangezien aan verzoeker een toezegging is gedaan over de vergoeding, zal dit niet worden teruggedraaid. De stelling van verzoeker dat andere verzekeraars wel een vergoeding toekennen voor het gelijktijdig plaatsen van twee heupprothesen, is voor de ziektekostenverzekeraar geen reden zijn standpunt te herzien.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker wist dat de vergoeding van 80% betrekking had op een DBC-tarief. Het vergoedingsbedrag is hem bij brief van 18 juli 2012 medegedeeld. Voorts brengt de ziektekostenverzekeraar in dat hij al zijn verzekerden op gelijke wijze wil behandelen. Callcentermedewerkers zijn erover geïnformeerd dat 80% van het gecontracteerde tarief wordt vergoed, en niet 80% van het notabedrag. Volgens de medisch adviseur is er weinig informatie beschikbaar over bilaterale heupoperaties, zodat deze ingreep wordt geacht niet conform de stand van de wetenschap en praktijk te zijn. Het CVZ heeft echter gezegd dat de ingreep wél conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en deze mening volgt de ziektekostenverzekeraar. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat aan verzoeker geen S2-formulier is verstrekt omdat hij tijdig bij een gecontracteerde zorgaanbieder terecht had gekund. De heupprothesen hadden na elkaar kunnen worden geplaatst met hetzelfde resultaat.
- 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 2.12 van de zorgverzekering en artikel 2.10 van 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 3.1 tot en met 3.23 van de zorgverzekering.
Artikel 3.12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

Inhoud zorg

U hebt recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. (...)

Wie mag deze zorg verlenen

*Een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum. Met medisch specialist wordt bedoeld een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
(...)*

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, sportarts, jeugdarts, tandarts, verloskundige, kaakchirurg, medisch specialist of bedrijfsarts. (...)

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde bedrag."

Artikel 2.7 sub k van de zorgverzekering betreft de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Als u in Nederland woont, hebt u ook aanspraak op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor de zorg waarbij sprake is van restitutie geldt dat de vergoeding niet meer zal bedragen dan het in Nederland geldende wettelijk tarief. Als er in Nederland geen wettelijk tarief is vastgesteld, bedraagt de vergoeding niet meer dan het marktconforme tarief.

Tip

Wilt u in het buitenland behandeld worden, informeer dan eerst of de kosten vergoed worden, onder welke voorwaarden en welk bedrag u eventueel zelf dient bij te betalen!

(...)

Vergoeding als zorg niet (tijdig) in Nederland beschikbaar is

U hebt recht op volledige vergoeding van de kosten:

- als u toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] hebt ontvangen om naar een met name genoemde niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland te gaan in het kader van wachtlijstbemiddeling;*
- als de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door [naam ziektekostenverzekeraar].”*

Artikel 2.7 sub a van de zorgverzekering bepaalt onder meer dat de inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en – bij het ontbreken van een zodanige maatstaf – door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.3. De artikelen 2.7 en 3.12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding indien een verzekerde een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- 8.5. 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.
- 8.6. 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 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.
(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet langer in geschil dat een bilaterale heupoperatie, zoals door verzoeker is ondergaan, een verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering. Enkel de hoogte van de vergoeding houdt hen verdeeld. Ten aanzien hiervan geldt het volgende.
De onderhavige zorgkosten zijn gemaakt in België, een lidstaat van de EU. Er is sprake van planbare zorg; verzoeker is naar een andere lidstaat gegaan met het doel daar de betreffende zorg te verkrijgen. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de gevraagde zorg of even doeltreffende zorg tijdig in Nederland dan wel buiten Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar was, zodat hij gehouden was een S2-formulier af te geven. Aangezien dit is nagelaten, dient de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 26 lid 6 van Vo. nr. 987/2009 tot tarifiering over te gaan.
- 9.3. Tarifiering kan in dit geval echter achterwege blijven. De commissie is namelijk van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst, meer specifiek de zorgplicht. Bij een naturapolis zoals hier aan de orde bestaat deze zorgplicht er in dat de ziektekostenverzekeraar de verzekerde zorg of diensten in voldoende mate moet contracteren ten behoeve van zijn verzekerden. Nakoming hiervan is thans niet meer mogelijk, zodat de ziektekostenverzekeraar schadeplichtig is.
Zou verzoeker zijn behandeld door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, dan zouden hem – verzoeker heeft een verzekering zonder vrijwillig eigen risico – voor deze behandeling geen andere kosten in rekening zijn gebracht dan het bedrag van het verplichte eigen risico. Door de ziektekostenverzekeraar is slechts een gedeeltelijke vergoeding toegekend, waardoor een bedrag van € 3.204,- voor verzoekers rekening is gebleven. Deze schade is het rechtstreekse gevolg van het handelen of nalaten van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar dient genoemd bedrag dan ook volledig te vergoeden.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 29 mei 2013,

Voorzitter