

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, staaroperatie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.00642
Zittingsdatum : 6 oktober 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: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 30 december 2009 de kosten verbonden aan een "lensextractie met lensimplantatie" aan beide ogen, ondergaan te Maaseik (België) (hierna: de aanspraak) slechts gedeeltelijk te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 4 sterren en het Beter Af Extra 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 30 december 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk wordt ingewilligd.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Hij heeft daarbij verklaard dat de maximale vergoeding voor een staaroperatie door een niet-gecontracteerde zorgverlener € 990,-- per operatie bedraagt.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft de vergoeding coulancehalve te verhogen naar een bedrag van € 1.123,89 per operatie.
- 3.5. Bij brief van 11 juni 2010 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).

- 3.6. 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 augustus 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 5 augustus 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 23 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010100766) 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 gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 oktober 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 8 oktober 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 13 oktober 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. De behandelend oogarts heeft bij verzoeker een "(...) verminderde visus van beide ogen (...) cataract (...)" vastgesteld.
 - 4.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar schriftelijk verzocht om toestemming voor de door hem gewenste staaroperaties in Maaseik. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 mei 2009 geschreven dat toestemming werd gegeven voor de behandeling, doch dat de hoogte van de vergoeding eerst kon worden vastgesteld na ontvangst van de indicatiestelling en het behandelplan van de specialist. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar deze stukken op 17 augustus 2009 doen toekomen. Hij heeft daarna niets meer vernomen.
 - 4.3. Op 13 oktober en 5 november 2009 hebben de behandelingen waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

- 4.4. Door het achterwege blijven van een reactie van de ziektekostenverzekeraar heeft deze verzoeker in de waan gelaten dat hij 100 percent van de Nederlandse kosten vergoed zou krijgen, waarbij hij in de veronderstelling verkeerde dat de Belgische en Nederlandse tarieven nauwelijks van elkaar verschillen.
- 4.5. Bij uitkeringsbericht van 30 december 2009 berichtte de ziektekostenverzekeraar verzoeker dat slechts een gedeelte van de kosten wordt vergoed. Na interventie door de Ombudsman is deze vergoeding verhoogd, maar dekt zij nog steeds niet alle kosten. Gelet op de toezegging van 11 mei 2009, en het gegeven dat de ziektekostenverzekeraar geen uitsluitel heeft gegeven over de hoogte van de vergoeding na 17 augustus 2009, dient de ziektekostenverzekeraar de volledige kosten ter hoogte van € 1.576,52 per operatie te voldoen.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar hem niet heeft gewaarschuwd dat hij geen volledige vergoeding zou ontvangen. Verzoeker heeft aanspraak op het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Hij was in de veronderstelling dat de kosten in België lager waren dan in Nederland.
- 4.7. 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 stelt dat verzoeker conform de voorwaarden van de zorgverzekering voor niet-gecontracteerde zorg aanspraak heeft op maximaal 100 percent van het Nederlands tarief. In eerste instantie is de vergoeding verleend die de ziektekostenverzekeraar met de door hem gecontracteerde zorgverleners heeft afgesproken voor deze ingreep, namelijk een bedrag van € 990,-- per operatie. Na interventie door de Ombudsman heeft de ziektekostenverzekeraar besloten alsnog over te gaan tot vergoeding van 100 percent van het in Nederland geldende tarief, omdat dit was toegezegd in de brief van 11 mei 2009. Het feit dat niet is gereageerd op de brief van verzoeker van 17 augustus 2009 leidt niet tot een hogere vergoeding, aangezien verzoeker door het uitblijven van een reactie niet erop mocht vertrouwen dat alle kosten aan hem zouden worden vergoed.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de brief van 11 mei 2009 duidelijk vermeld is dat vergoed wordt tot maximaal het Nederlandse tarief. Dit betekent niet automatisch dat alle kosten worden vergoed. Verzoeker had navraag kunnen doen. Door de operatie te laten plaatsvinden zonder dat duidelijkheid bestond over de vergoeding heeft hij het risico genomen dat kosten voor zijn rekening zouden blijven.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 1.123,89 per operatie, 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 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de 'aanspraken' van de zorgverzekering.
Artikel 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van:

- (...)
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- (...)

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voor de behandelingen in onderstaande lijst geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener:

- (...)
- Staaroperatie

(...)

Een lijst met gecontracteerde ziekenhuizen en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde ziekenhuizen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. (...)"

Artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de [zorgverzekering] tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. (...)"

- 8.3. De artikelen 1 van de 'aanspraken' en 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' 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 hoogte van de vergoeding 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. Gesteld noch gebleken is dat de onderhavige zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar was, zodat artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 geen toepassing vindt.
- 9.2. Conform de polisvoorwaarden bestaat bij zorg in het buitenland aanspraak op maximaal 100 percent van het in Nederland geldende tarief. Voor een staaroperatie is blijkens de voorwaarden een lagere vergoeding van toepassing indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Vast staat dat het ziekenhuis in Maaseik niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Raadpleging van de website van de ziektekostenverzekeraar leidt tot de conclusie dat verzoeker voor deze zorg aanspraak heeft op een bedrag van maximaal € 990,-- per operatie. Dit bedrag is gebaseerd op de DBC-code

01.11.00.0554.0032 met als omschrijving: “//cataract / verrichtingen met dagopname(n)”, hetgeen een code uit het B-segment betreft, waarbij de tarieven tot stand komen door middel van afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. De ziektekostenverzekeraar heeft in tweede instantie een bedrag van € 1.123,89 per operatie vergoed.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor een staaroperatie, zodat de bespreking van deze verzekering verder achterwege kan blijven.

Vertrouwensbeginsel

- 9.4. Waar het gaat om de brief van 11 mei 2009 van de ziektekostenverzekeraar, stelt de commissie vast dat – indien daarin een toezegging kan worden gelezen – de ziektekostenverzekeraar deze is nagekomen door € 1.123,89 per operatie te vergoeden. Voor zover verzoeker stelt dat hij aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten, omdat de ziektekostenverzekeraar niet heeft gereageerd op zijn brief van 17 augustus 2009, is de commissie van oordeel dat uit de polisvoorwaarden en eerder genoemde brief van de ziektekostenverzekeraar van 11 mei 2009 – waarin is vermeld dat niet meer wordt vergoed dan 100 percent van het in Nederland van toepassing zijnde tarief – verzoeker had kunnen en moeten begrijpen dat niet vaststond dat hij aanspraak heeft op volledige vergoeding van de mogelijk hogere kosten van de ingreep. Zulks had hij ook bij raadpleging van de site van de ziektekostenverzekeraar kunnen constateren. Het lag op verzoekers weg verder onderzoek te doen naar de hoogte van de vergoeding. De gevolgen van de, naar achteraf is gebleken, onjuiste veronderstelling van verzoeker dat de Belgische en Nederlandse tarieven nauwelijks van elkaar verschillen, dienen voor zijn rekening te 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, 27 oktober 2010,

Voorzitter