

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, knieoperatie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.02256
Zittingsdatum : 20 april 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P. Ch. van Dijk 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 verzekeringssituatie

- 2.1. 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. 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 knieoperatie, uitgevoerd te Reet (België) (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij brief van 3 december 2009 gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 9.805,--, is ingewilligd.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 juni 2010 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 5 januari 2011 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 ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 maart 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 maart 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 maart 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 11 maart 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 31 maart 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011028781) 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.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 april 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Na afloop van de zitting heeft verzoeker enige nadere informatie aangeleverd. Deze is aan de wederpartij gezonden, met de mogelijkheid hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 mei 2011 gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Bij brief van 10 mei 2011 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en van de nagekomen brieven gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de nagekomen brieven aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 18 mei 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag en de nagekomen brieven geen aanleiding vormen 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. Verzoeker stelt dat hij in Nederland in acht jaar tijd negen operaties aan de knie heeft ondergaan, waarbij in totaal drie verschillende knieprotheses zijn geplaatst. In twee verschillende ziekenhuizen kreeg verzoeker de mededeling dat men geen diagnose kon stellen, en dat hij niet geholpen kon worden. Verzoeker is via een kennis terecht gekomen bij een arts in België, die hem op 18 januari 2010 heeft geopereerd. Daarbij is in verband met de nikkelallergie van verzoeker een nikkelvrije prothese geplaatst. De kosten van deze ingreep worden door de ziektekostenverzekeraar slechts gedeeltelijk vergoed, zodat een bedrag van € 2.371,06 voor rekening van verzoeker blijft. Van de Belgische arts heeft verzoeker vernomen dat naar alle waarschijnlijkheid volledige vergoeding zou zijn verleend indien door de ziektekostenverzekeraar een E 112-formulier zou zijn afgegeven.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij in Nederland in verschillende ziekenhuizen is geweest. In de St. Maartenskliniek wilde men niet opere-

ren, omdat men niet zeker was of sprake was van een nikkelallergie. Daarvoor werd verzoeker terugverwezen naar Tilburg. Men wilde eerst de heup opereren, omdat de klachten daardoor zouden kunnen worden veroorzaakt. In de heup is een nikkelvrije prothese geplaatst. De klachten werden hierdoor echter niet verholpen. In Nederland durfde niemand verzoeker te helpen; in België kon dat wel.

4.3. 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 de vergoeding van € 9.805,-- is gebaseerd op DBC-code 05.11.00.1803.0223. Het gaat hier om een vervanging van een eerder geplaatste prothese. Bij het inbrengen van een eerste prothese is een lager tarief van toepassing.

5.2. De reden dat aan verzoeker geen E 112-formulier is verstrekt, is dat niet vaststaat dat hij een nikkelallergie had. Bovendien is niet bewezen dat dezelfde ingreep niet tijdig in Nederland had kunnen worden uitgevoerd.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit de stukken niet is op te maken dat de St. Maartenskliniek heeft terugverwezen naar Tilburg. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat in Nederland ook nikkelvrije protheses kunnen worden geplaatst.

5.4. Uit de door verzoeker na de zitting overgelegde stukken blijkt dat zowel de St. Maartenskliniek als het ziekenhuis in Tilburg ernstig twijfelden aan het nut van vervanging van de knieprothese. Hieruit volgt dat verzoeker geen indicatie had voor de ingreep.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

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

onder het kopje 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 4 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 bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

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

Voor behandelingen zoals vermeld in de lijst onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen 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. (...)"

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 vastgestelde (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 4 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering 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 aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

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. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot (gedeeltelijke) vergoeding van de ingreep, is de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoeker hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had, door hem bevestigend beantwoord. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. In dat verband dient in de eerste plaats te worden nagegaan of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was afgifte van het E 112-formulier aan verzoeker te weigeren. Gelet op artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 mag de ziektekostenverzekeraar toestemming voor een behandeling in een andere lidstaat niet weigeren indien de noodzakelijke zorg niet tijdig in het woonland kan worden verkregen. Verzoeker heeft voldoende aannemelijk gemaakt dat er in Nederland geen arts was die bereid was de ingreep uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar was daarom gehouden aan verzoeker een E 112-formulier te verstrekken. Dat nadien is gebleken dat de artsen in Nederland verzoeker niet geïndiceerd achtten voor de operatie, omdat de juistheid van de allergologisch vastgestelde nikkelallergie in twijfel werd getrokken, maakt het voorgaande niet anders. Ten tijde van het indienen van de aanvraag had de ziektekostenverzekeraar hiernaar onderzoek moeten doen, in plaats van achteraf, toen de ingreep al was uitgevoerd en hij al tot een – gedeeltelijke – vergoeding op basis van het Nederlands tarief had besloten. Een en ander leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar dient te onderzoeken welk tarief in het Belgische sociale ziektekostenstelsel voor de onderhavige zorg wordt vergoed. Zo dit tarief hoger is dan het Nederlandse marktconforme tarief, waarover hierna meer, dient de ziektekostenverzekeraar verzoeker een aanvullende vergoeding te verlenen.
- 9.3. Ter vaststelling van het Nederlandse marktconforme tarief is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 05.11.00.1803.0223 met als omschrijving: "Reguliere zorg // Loslating/infectie/malpositie prothese: Knie / Operatief met klinische episode(n) met gewrichtsprothese". Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De gehanteerde code

komt de commissie – gelet op de bij verzoeker uitgevoerde operatie – juist voor. Het tarief dat de ziektekostenverzekeraar bij deze code heeft afgesproken, bedraagt € 9.805,--.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar dient te onderzoeken wat het tarief is dat onder het Belgische sociale ziektekostenstelsel voor deze zorg zou zijn vergoed. Zo dit tarief hoger is dan het Nederlandse marktconforme tarief, dient de ziektekostenverzekeraar verzoeker een aanvullende vergoeding te verlenen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 22 juni 2011,

Voorzitter