



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, Frankrijk, geneeskundige zorg, endometriose, cyste, myomen
en adhesie, afgifte S2-formulier, hoogte vergoeding, second opinion

Zaaknummer : 201400344

Zittingsdatum : 8 april 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuzepolis (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 Plus Collectief en Tandarts Collectief afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). 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 op 7 april 2014 bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een opname in Lille, Frankrijk. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 20 maart 2014 medegedeeld dat geen aanspraak bestaat op een opname vanwege het ontbreken van een indicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld wel een akkoordverklaring te geven voor een consult en enkele onderzoeken, hetgeen leidt tot een maximale vergoeding van € 493,58.
- 3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 20 november 2014 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).
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 februari 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 maart 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 16 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 maart 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015020850) 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-zorgproductcodes zijn gehanteerd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 april 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 9 april 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 20 april 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut heeft verder opgemerkt dat, uitgaande van de diagnose "pijnklachten in de buik", wordt uitgekomen op DBC-zorgproductcode 119499078. De omschrijving lijkt niet te passen, maar de inhoud van de DBC is wel passend. Een afschrift van dit advies is op 21 april 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Bij verzoekster zijn endometriose lesies, een mesotheliale cyste, myomen en uitgebreide adhesie geconstateerd. Zij is hiervoor driemaal geopereerd, waarvan tweemaal in Nederland en éénmaal in Frankrijk. De vergoeding van de ingrepen in Nederland leverde geen problemen op. Voor de ingreep in Frankrijk, die plaatsvond op 9 oktober 2012, heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar voorafgaand toestemming gevraagd. Zij ontving een akkoordverklaring waarin een gedeeltelijke vergoeding werd toegekend. Het verzoek om een S2-formulier werd afgewezen. Verzoekster heeft alle kosten moeten voorschieten, en de gedeeltelijke vergoeding pas vier maanden na de ingreep van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Hierdoor heeft zij financiële problemen gekregen. Verzoekster begrijpt niet waarom geen S2-formulier werd afgegeven door de ziektekostenverzekeraar. De ingreep in Frankrijk was goedkoper dan een vergelijkbare ingreep in Nederland en kon daar bovendien sneller plaatsvinden.
- 4.2. Verzoekster heeft in april 2014 opnieuw onderzoeken en behandelingen ondergaan in Lille. Daarbij is zij één nacht opgenomen geweest. Ook hiervoor heeft zij een S2-formulier gevraagd, maar niet gekregen. De kosten zijn vergoed tot een bedrag van € 493,58. Deze vergoeding

is niet voldoende om de gemaakte kosten te dekken. Dit komt onder andere doordat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de opname niet vergoedt.

- 4.3. Tussen juli 2012 en oktober 2012 heeft verzoekster diverse keren telefonisch contact gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Hierbij heeft zij onder andere verzocht om wachtlijstbemiddeling. Haar werd verteld dat dit bij de zorgvorm waarop zij aanspraak maakt, niet mogelijk is. Ook werd gezegd dat de ziektekostenverzekeraar slechts enkele zorgaanbieders in het buitenland heeft gecontracteerd, waarvan geen enkele in Frankrijk. Het is verzoekster niet duidelijk geworden op welke grond het verzoek om een S2-formulier werd afgewezen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij vreest dat alles niet helemaal klopt, met name de gehanteerde DBC-zorgproductcode. Het gaat om een probleem met de spijsvertering. Er moet een code worden gebruikt die uitgaat van drie ligdagen. De ziektekostenverzekeraar is in 2012 ten onrechte uitgegaan van een behandeling in Lille, want deze vond plaats in Parijs. Er zijn veel fouten gemaakt door de ziektekostenverzekeraar. De behandeling in 2012 dient als illustratie voor deze fouten. Deze behandeling is overigens niet in geschil, omdat zij hiervoor van de ziektekostenverzekeraar een extra vergoeding heeft ontvangen. Het gaat om de behandeling in Lille in 2014. De juiste DBC-zorgproductcodes staan op de verwijfsbrief van de huisarts. Deze zijn ook uit de brieven van het Franse ziekenhuis af te leiden.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op 28 september 2012 ontving de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor de operatie in Frankrijk. Op 11 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring afgegeven op basis van DBC-zorgproductcode 149399009 met een bijbehorend tarief van € 4.235,89. Dit betreft een DBC-zorgproduct voor een behandeling in verband met een aandoening aan de baarmoeder, eierstokken en/of eileiders. De ziektekostenverzekeraar zag geen reden aan verzoekster een S2-formulier te verstrekken, omdat niet is gebleken dat de zorg niet tijdig in Nederland kon plaatsvinden.
- 5.2. Naar aanleiding van een klacht van verzoekster is de kwestie opnieuw bekeken. Op 22 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat bij haar sprake is van twee diagnosecodes, namelijk G16 (benigne adnexafwijking) en G17 (endometriose). Op basis van deze constatering is besloten het tarief van € 4.235,89, behorende bij het zorgproduct 149399009, tweemaal aan verzoekster te vergoeden. De totale vergoeding komt daarmee uit op € 8.471,78. Omdat nog een deel van het verplicht eigen risico openstond en verzoekster nog een bedrag was verschuldigd in verband met een tandartsnota, is aan haar een bedrag vergoed van € 7.244,68.
- 5.3. Voor de behandeling in april 2014 in Lille heeft de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring afgegeven op basis van zorgproductcode 119499078 met een bijbehorend tarief van € 493,58. Er is enkel toestemming verleend voor consulten, omdat bij verzoekster geen sprake was van een indicatie voor opname. Niet gebleken is dat verzoekster hemodynamisch instabiel is geweest of dusdanig veel pijn had, dat een opname was aangewezen. Bovendien spreekt verzoekster in dit kader van een second opinion. Hiervan was echter geen sprake, aangezien niet is gebleken dat met de uitkomst van de second opinion is terugggegaan naar de eerst geconsulteerde zorgaanbieder in Nederland.
- 5.4. Uit de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat verzoekster op 13 juli 2012 contact heeft gehad met de afdeling Zorgservice. Uit navraag bij deze afdeling blijkt dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar tijdens dit gesprek niet heeft gevraagd te bemiddelen. Zij heeft toegelicht dat zij voor behandeling naar Frankrijk wilde gaan, en deelde mede dat zij op dat moment onder behandeling was bij een Nederlands ziekenhuis. Verzoekster merkte op dat daar een wachtlijst bestond, en dat zij onheus is bejegend. Er heeft geen bemiddeling

plaatsgevonden, omdat verzoekster vertelde in Frankrijk te willen worden behandeld. Verzoekster is door de medewerker geadviseerd het behandelplan, met de daarbij behorende kosten, ter beoordeling naar de ziektekostenverzekeraar te sturen. Daarna heeft op 19 september 2012 nogmaals telefonisch contact plaatsgevonden. Ook tijdens dit gesprek is verzoekster geadviseerd het behandelplan ter beoordeling aan de ziektekostenverzekeraar te sturen.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het gaat om landelijk gehanteerde codes, die worden vastgesteld aan de hand van de medische informatie. Ook het Zorginstituut heeft bevestigd dat de juiste codes zijn gebruikt.

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 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Verder is in geschil of de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een S2-formulier had moeten afgeven.

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.

8.3. Artikel B.4.2 van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat:

- *medisch specialistische behandeling;*
- *opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);*
- *verblijf, verpleging en verzorging;*
- *paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;*
- *laboratoriumonderzoek. (...)"*

8.4. Artikel B.4.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- *behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg,*
- *aanleggen van gips;*

- ECG-onderzoek.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de geneesmiddelen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek. (...)"

- 8.5. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"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. (...)"

- 8.6. Artikel B.4.15 van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op een second opinion en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat second opinion. Daaronder verstaan we een consult over een gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een 2e, onafhankelijke medisch specialist die werkzaam is ophetzelfde specialisme of vakgebied als de 1e geconsulteerde zorgaanbieder. (...)"

Algemeen

- De second opinion betrekking heeft op uw geneeskundige zorg;
- U keert met de second opinion terug naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt deregie over uw behandeling. (...)

Verwijzing

Voor een second opinion is voor aanvang van de behandeling een aparte verwijzing nodig van de huisarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist, bij wie u onder behandeling bent. (...)"

- 8.7. De artikelen B.2., B.4.2., B.4.3. en B.4.15. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 8.9. 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.


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

- “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 is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Frankrijk, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat het hier verzekerde zorg betreft die tijdig in Nederland dan wel buiten Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar was. Verzoekster heeft aangevoerd dat bij het Nederlandse ziekenhuis waar zij onder behandeling was, sprake was van een wachtlijst. Niet aannemelijk is geworden dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid heeft gesteld haar te bemiddelen naar een (gecontracteerde) zorgaanbieder die de zorg tijdig kon verlenen. Haar keuze voor de arts in Frankrijk stond immers al vast. De ziektekostenverzekeraar was onder deze omstandigheden niet gehouden aan verzoekster een S2-formulier af te geven, omdat de zorg toentertijd tijdig in Nederland beschikbaar was. Daarom dient de behandeling te worden getoetst aan artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
In dat kader dient te worden beoordeeld of de verleende vergoeding juist is. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. Uit de factuur van het ziekenhuis van 8 april 2014 blijkt dat verzoekster op 7 april 2014 opgenomen is geweest. Ook op 8 april 2014 is aan verzoekster zorg verleend. Hetzelfde geldt voor de daaropvolgende dag, zo blijkt uit de nota van 9 april 2014. Waaruit de behandeling heeft bestaan is onduidelijk, omdat verzoekster het grootste deel van de verklaring van de arts van 18 april 2014 onleesbaar heeft gemaakt. Uit de verklaring blijkt nu slechts dat sprake was van buikklachten, waarvoor onderzoeken hebben plaatsgevonden. Deze onderzoeken bestonden uit echografieën en bloedonderzoek. Niet gebleken is van een indicatie voor opname. De ziektekostenverzekeraar is daarom uitgegaan van een zorgproductcode waarin de opname niet is begrepen, namelijk 119499077 met als omschrijving: "Ov aandoeningen spijsverteringsst / Poli 3-4/Routine onderzoek >2 / Spijsvertering overig". Het betreft een zorgproduct uit het B-segment. Volgens het 'restitutieoverzicht medisch-specialistische zorg per 1 januari 2014' is het bijbehorende tarief € 493,58. Het gehanteerde DBC zorgproduct is - uitgaande van de summieri informatie die verzoekster over de ingreep en haar indicatie daarvoor heeft verstrekt - juist, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.


- 
- 9.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat bij de opname in 2014 sprake is geweest van een second opinion. Dit vormt een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, mits een voorafgaande verwijzing heeft plaatsgevonden door de behandelend arts, de second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar, en met de uitslag van de second opinion wordt teruggegaan naar de oorspronkelijke behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling. Niet gebleken is dat aan deze voorwaarden is voldaan, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten in het kader van een second opinion, ten laste van de zorgverzekering.




Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 20 mei 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo