

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, operatie heup, hoogte vergoeding,
kosten dossierstudie en ereloon
Zaaknummer : 2013.00091
Zittingsdatum : 17 juli 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

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 verzoekster 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis twee sterren en de Beter Af Tandarts Polis drie sterren 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 bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatie aan beide heupen, uitgevoerd te Gent (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de kosten worden vergoed tot maximaal € 7.326,-- per heup. De kosten van advies, assistentie, administratie en dossierstudie ten bedrage van € 2.000,-- komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 augustus 2011 en 7 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 3 januari 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is eerdergenoemde kosten ten bedrage van € 2000,-- alsnog te vergoeden, 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 13 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 mei 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 juli 2013 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 16 mei 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 juni 2013 (zaaknummer 2013063412) 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 het door de ziektekostenverzekeraar gebruikte – passende – DBC-tarief het maximumtarief is voor deze ingreep. De kosten die na toepassing van de (in casu) Belgische sociale ziektekostenverzekering voor rekening van de verzekerde blijven worden gecompenseerd tot het maximumbedrag dat in Nederland in rekening gebracht had mogen worden, mits deze tot de verzekerde prestaties behoren. In beginsel zijn supplementen en remgelden voor alle zorgvormen kosten van zorg, met uitzondering van kamersupplementen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster is op 17 juli 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 19 juli 2013 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting, de voor de zitting ontvangen aanvullende stukken en de pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 26 juli 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft in Gent een operatie aan beide heupen ondergaan. Een resurfacing aan beide heupen tegelijk was in Nederland niet mogelijk. De ziektekostenverzekeraar weigert een bedrag van totaal € 2.000,-- te vergoeden, op de grond dat het zou gaan om ereloon dan wel dossierkosten. Hierbij baseert hij zich op enkele uitspraken van de commissie.
- 4.2. De uitspraken van de commissie waarnaar de ziektekostenverzekeraar verwijst zijn op verzoekster evenwel niet van toepassing, omdat aan haar geen E112-formulier is verstrekt. In de genoemde uitspraken van de commissie was dit wel aan de orde. Bovendien worden dossierkosten en ereloon door andere verzekeraars wel gezien als onderdeel van de gehele operatie, en worden deze kosten vergoed.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar besteedt in zijn reactie geen aandacht aan het feit dat een dubbelzijdige heupoperatie slechts éénmaal opname vereist in het ziekenhuis, met maar één extra verpleegdag ten opzichte van een opname in verband met een enkelzijdige heupoperatie. Bij een enkelzijdige heupoperatie zou ook twee keer gebruik zijn gemaakt van de faciliteiten. De bilaterale heupoperatie is derhalve kostenbesparend.
- 4.4. Verzoekster heeft bij brief van 8 juli 2013 op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 13 mei 2013 gereageerd. In deze brief schrijft zij onder meer dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van in totaal € 10.580,14 heeft betaald aan het ziekenhuis. Dit is inclusief het voorschot van € 1.400,-- dat verzoekster op de dag van opname reeds had betaald.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat het geschil betrekking heeft op het bedrag van € 2.000,-- die door de Anca Kliniek in rekening is gebracht en die door de ziektekostenverzekeraar wordt benoemd als "dossier, administratie, advies en ere-loon". Verzoekster is bij haar eerste bezoek aan de Anca Kliniek uitgebreid onderzocht door de arts. Ook bij de opname en voor de ingreep is zij uitgebreid onderzocht, begeleid en geïnformeerd door de arts en diens medewerkers.
- 4.6. 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 aanspraak op vergoeding van de kosten van de heupoperatie tot maximaal € 7.326,-- per heup. Dit tarief is gebaseerd op de DBC 05110017010223. Daarnaast zijn bedragen van € 217,-- en € 41,-- aan verzoekster vergoed. De dossierkosten en erelonen komen bovenop het Belgische wettelijk vastgestelde tarief. Dit betreft geen medisch noodzakelijke zorg en de betreffende kosten komen om die reden niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Een en ander volgt tevens uit diverse uitspraken van de commissie, waaronder GcZ 14 mei 2008, 2007.01957, GcZ 23 januari 2008, 2007.01858, GcZ 21 december 2007, 2007.01824.
- 5.2. Aan verzoekster is geen E112-formulier verstrekt, omdat deze behandeling in Nederland kan worden geleverd binnen de termijn die, beoordeeld naar de gezondheidstoestand en het te verwachten ziekteverloop, hiervoor gewoonlijk nodig is.
- 5.3. In België is voor geneeskundige behandelingen in een ziekenhuis een eigen bijdrage verschuldigd. Daarnaast worden kosten in rekening gebracht voor niet-medische diensten, zoals verblijf op een één- of tweepersoonskamer. Verder kan het voorkomen dat een specialist een extra honorarium declareert bovenop het wettelijk vastgestelde tarief. Voornoemde kosten vallen niet onder de vergoeding conform de wettelijke regeling van België en dienen voor rekening van de verzekerde te blijven. De ziektekostenverzekeraar schrijft in zijn brief van 13 mei 2013 dat hij de nota's van tweemaal € 1.000,-- (en de thans niet in geschil zijnde nota van € 2.260,--) ter tarifiering heeft gezonden aan het Belgische orgaan. Ook Deze heeft verklaard dat de betreffende nota's niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.4. Bij brief van 11 juli 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar een nuancering op zijn brief van 13 mei 2013 gegeven. Met de nota van het ziekenhuis van 31 juli 2011 is

een bedrag van € 10.475,54 in rekening gebracht. Hierop is het door verzoekster betaalde voorschot in mindering gebracht. Het bedrag van € 10,40 voor dranken, washandje en extra gevraagde voeding – die onderdeel uitmaakt van voornoemde nota – komt niet voor vergoeding in aanmerking. Daarom is een bedrag van in totaal € 10.465,14 vergoed. Voorts zijn de kosten ten bedrage van € 115,--, € 66,--, € 217,--, € 41,-- en € 165,15 zijn vergoed. De nota van € 1.000,-- en de nota waarop onder meer het bedrag van € 1.000,-- in rekening is gebracht, heeft betrekking op advies en dossierstudie en komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het gaat om twee nota's van € 1.000,--. Deze kosten betreffen extra honoraria die niet voor vergoeding in aanmerking komen. De Belgische mutualiteit heeft bevestigd dat deze kosten in België eveneens zijn uitgesloten van vergoeding.

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 16 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering 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.

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen."

Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.*

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

- 8.4. Artikel 19 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- 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 marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.”*

- 8.5. De artikelen 1 van de ‘aanspraken’ en 19 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).
- 8.6. 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.
- 8.7. 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.
- 8.8. 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 lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Er is derhalve 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 voldoende aannemelijk gemaakt, en tijdig aan verzoekster medegedeeld, dat het hier verzekerde zorg betreft die tijdig in Nederland dan wel buiten Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar was zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was een S2-formulier (voorheen: E112-formulier) af te geven. Daarom blijft de verordening in dit geval buiten toepassing en dient te worden getoetst aan artikel 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.
- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat een heupoperatie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoekster daarvoor ten tijde van de ingreep een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van de vergoeding.
- 9.4. Artikel B9 van de zorgverzekering bepaalt in dit verband dat aanspraak bestaat op maximaal het Nederlandse marktconforme tarief. Ter vaststelling van het Nederlandse tarief is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 05.11.0017.0102.23 met als omschrijving: "*Gewrichtsslijtage bekken/heup/ bovenbeen | Operatie met klin. opname met gewrichtsprothese*". Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat het bij voornoemde DBC behorende tarief € 7.326,-- per heup bedraagt. Gelet op het advies van het CVZ is de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code juist.
- 9.5. Aangezien de vergoeding maximaal € 7.326,-- per heup bedraagt en verzoekster aan beide heupen is geopereerd, heeft zij aanspraak op maximaal € 14.652,--. Door het ziekenhuis is bij nota van 31 juli 2011 een bedrag van € 10.475,54 bij verzoekster in rekening gebracht. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar vergoed, met uitzondering van het bedrag van € 10,40 voor dranken, washandje en extra gevraagde voeding. Daarnaast is door NV Zircone een bedrag van € 41,-- gefactureerd voor 'heup materiaal'. Ook dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster

vergoed. Voorts zijn door de ANCA Kliniek bedragen van in totaal € 1.217,-- en € 1.000,-- gefactureerd. Van deze beide nota's heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 217,-- aan verzoekster vergoed. De kosten van tweemaal € 1.000,-- die betrekking hebben op 'advies, dossierstudie, second opinion' zijn niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed, omdat het extra honorarium voor de medisch specialist in de vorm van "ereloon of dossierkosten" niet onder het Belgische wettelijke tarief valt en daarom geen verzekerde prestatie vormt op grond van de Nederlandse zorgverzekering. Ook de nota's voor orthopediekosten ten bedrage van € 115,-- respectievelijk € 66,-- zijn vergoed alsmede een nota van het ziekenhuis van € 165,15.

- 9.6. Volgens het CVZ-advies van 11 juni 2013 komen de kosten, die op grond van de Belgische sociale ziektekostenverzekering voor rekening van de verzekerde blijven, voor vergoeding in aanmerking op voorwaarde dat deze tot de verzekerde prestaties behoren. In beginsel zijn supplementen en remgelden voor alle zorgvormen kosten van zorg, met uitzondering van kamersupplementen. In de onderhavige kwestie is niet gebleken dat de bedragen van tweemaal € 1.000,-- betrekking hebben op kamersupplementen. Daarom komen deze kosten – althans voor zover de totale vergoeding niet het maximale Nederlandse tarief van € 14.652,-- overschrijdt – in aanmerking voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- 9.7. Aangezien de maximale vergoeding voor de onderhavige ingreep € 14.652,-- bedraagt, en aan verzoekster in totaal een bedrag van € 11.069,29 is vergoed, komt het bedrag van € 2.000,-- dat door de ANCA Kliniek in rekening is gebracht in aanmerking voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, zoals onder 9.7 is bepaald.
- 9.10. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, zoals bepaald onder 9.9.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 7 augustus 2013,

Voorzitter