

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw mr. C te D, tegen E en F beide te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, rugoperatie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.01473
Zittingsdatum : 9 januari 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 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008, art. 22 Vo 1408/71)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw mr. C te D,

tegen

1) E te G en

2) F te G

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het ZorgPlan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ZorgExtra 2 en TandZorg-Extra 1 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 operatie aan de rug, uitgevoerd te Keulen (Duitsland) (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag in eerste instantie afgewezen. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten alsnog een vergoeding te verlenen volgens het Nederlandse marktconforme tarief. Bij uitkeringsspecificatie van 11 juni 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 3.254,20, is ingewilligd.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar daarop opnieuw aangeschreven. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 april 2011 medegedeeld een aanvullende vergoeding van € 610,15 te betalen. Nadat verzoeker opnieuw om heroverweging had gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 oktober 2011 medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.3. Bij brief van 24 mei 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 september 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 oktober 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Hoewel verzoeker het antwoordformulier niet heeft geretourneerd, heeft de commissie een mondelinge behandeling gepland.
- 3.7. Bij brief van 1 oktober 2012 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 oktober 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012111786) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen tot het tarief, behorend bij de door de medisch adviseur van het CVZ genoemde DBC-code 05.11.001360.0213. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker heeft op 7 januari 2013 medegedeeld af te zien van de mogelijkheid gehoord te worden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar is op 9 januari 2013 telefonisch gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 10 januari 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. Bij brief van 4 februari 2013 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Hierin adviseert het CVZ tot afwijzing van het verzoek, omdat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde DBC juist is. De in het voorlopig advies genoemde DBC is weliswaar meer passend, maar deze kan niet worden gedeclareerd door een neurochirurg. Een afschrift van dit advies is ter kennisname aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. De totale kosten van de medische behandeling in Duitsland bedroegen € 5.699,96. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie een bedrag van € 3.254,20 vergoed. Omdat verzoeker niet overtuigd was dat de hoogte van het vastgestelde bedrag juist was, zijn bij de ziektekostenverzekeraar de gehanteerde DBC-codes opgevraagd. Na ontvangst van deze informatie is gebleken dat het door de ziektekosten-

verzekeraar genoemde bedrag op geen enkele wijze te herleiden viel tot het tarief, behorend bij de gehanteerde DBC-code. Een onderzoek naar de door andere ziekenhuizen gehanteerde tarieven leidde tot de conclusie dat het te vergoeden bedrag op basis van het Nederlands tarief hoger diende te zijn. Het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde tarief ligt ver onder de door andere ziekenhuizen gehanteerde tarieven. Hierover is opnieuw gecorrespondeerd met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft het te vergoeden bedrag hierop weliswaar verhoogd tot € 3.864,35, maar deze vergoeding niet onderbouwd.

4.2. In 2006 heeft verzoeker een gelijksoortige operatie ondergaan, waarvan de kosten geheel zijn vergoed. Ook in dit geval zou de ziektekostenverzekeraar moeten overgaan tot volledige vergoeding, zeker nu algemeen bekend is dat de operatiekosten van de bezochte kliniek in Duitsland veel lager liggen dan de kosten die men in Nederland voor een dergelijke ingreep in rekening brengt.

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 DBC-code die is gehanteerd voor de vergoeding van de ingreep die verzoeker in Duitsland heeft ondergaan, te weten 08.11.00.2550.0023, is afkomstig uit het B-segment.

5.2. In 2008 bedroeg het bijbehorende tarief € 3.091,48. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten een aanvullend bedrag te betalen van € 772,87 (25% van € 3.091,48). Dit betreft het zogenoemde verrekentarief, hetgeen een opslag of korting is die de zorgverlener verrekent met de ziektekostenverzekeraar. Omdat een buitenlandse zorgverlener geen verrekening heeft met de ziektekostenverzekeraar, is besloten dit tarief als extra vergoeding toe te kennen. Aan dit verrekentarief kan men geen rechten ontleenen, en de ziektekostenverzekeraar is niet verplicht dit bedrag te betalen.

5.3. De door verzoeker genoemde hogere bedragen die door Nederlandse ziekenhuizen worden gehanteerd voor de door verzoeker ondergane ingreep betreffen passanten-tarieven, en niet de overeengekomen tarieven. Laatstgenoemde tarieven zijn vermeld op de lijst met DBC-codes uit het B-segment, die de ziektekostenverzekeraar heeft meegezonden met zijn reactie.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de door het CVZ genoemde DBC niet de juiste kan zijn. Uit de stukken blijkt namelijk dat de behandeling heeft plaatsgevonden door een neurochirurg. De behandelaar staat ook zo in het BIG-register vermeld, dus hierover kan geen onduidelijkheid bestaan. Toch gaat het CVZ uit van een orthopedie-DBC.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aan-

zien 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 dan wel tot een hoger bedrag dan € 3.864,35 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 B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,*
- behandeling,*
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- laboratoriumonderzoek*
- second opinion. (...)*

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [de ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:

- zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 90% van het tarief wordt vergoed, maar voor uw rekening blijft ten hoogste € 200,*
- zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement.”*

- 8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 1408/71 en bilaterale verdragen van toepassing.

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.

U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder.

Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*

– recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of
– vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend.

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming hebt u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.”

- 8.5. De artikelen B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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 kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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 E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt een aanvullende vergoeding bij spoedeisende zorg in het buitenland.
- 8.9. 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 or-

gaan 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. Tussen partijen is niet in geschil dat de door verzoeker in Duitsland ondergane ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker daarvoor een indicatie had. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Niet gebleken is dat verzoeker voorafgaand aan de ingreep toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Gelet op het arrest Stamatelaki (HvJ 19 april 2007, C 444-05) blijft artikel 22 van Vo 1408/71 buiten toepassing en heeft verzoeker geen recht op vergoeding conform het Duitse sociale ziektekostenstelsel. Het recht op vergoeding dient daarom te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. 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 08.11.00.2550.0023 met als omschrijving: "*reguliere zorg // lumbosacrale discotomie enkelvoudig / Operatief met klinische episode(n)*". 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. Gelet op de lijst 'Vergoedingen DBC's uit het B-segment' van de ziektekostenverzekeraar (2008) is het bijbehorende tarief € 3.091,48. De ziektekostenverzekeraar heeft – hoewel hij hiertoe niet verplicht was – besloten het verrekenttarief van 25 percent toe te passen en een aanvullende vergoeding van € 772,87 te verlenen, zodat de totale vergoeding € 3.864,35 belooft. Gelet op het definitieve advies van het CVZ – welk advies de commissie overneemt en de conclusie daarvan tot de hare maakt – is de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code juist.
- 9.4. De door verzoeker aangehaalde tarieven die worden gehanteerd door de met name genoemde Nederlandse ziekenhuizen, zijn passantentarieven. Als tarief in de zin van artikel B24, tweede gedachtestreepje, van de zorgverzekering heeft evenwel het gemiddeld door de ziektekostenverzekeraar met de gecontracteerde zorgaanbieders overeengekomen tarief zoals vermeld in het Verzekeringsreglement te gelden, welk tarief voor verzoeker ook vooraf kenbaar was. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Niet gebleken is dat bij verzoeker sprake was van spoedeisende zorg als bedoeld in artikel E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering, zodat hij geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding op basis van dit artikel. Voor het overige biedt de

aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking.

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, 6 maart 2013,

Voorzitter