

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : Zwitserland, geneeskundige zorg, LSK Darmadhäsiolyse, hoogte
vergoeding
Zaaknummer : 2010.00282
Zittingsdatum : 8 juni 2011

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 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: verzoekster, vertegenwoordigd door E

tegen

C te D hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 Aanvullende Verzekering, Basis Tand en de MIX Aanvullende Verzekering 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een LSK Darmadhäsiolyse, uit te voeren te Zürich (Zwitserland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van maximaal € 4.588,65, wordt ingewilligd.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft de kosten tot een bedrag van maximaal € 11.203,70 te vergoeden.
- 3.4. Bij brief van 25 februari 2011 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).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 maart 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 maart 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 april 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 31 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 18 april 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011038089) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de ziektekostenverzekeraar het in Zwitserland van toepassing zijnde tarief aan verzoekster heeft voldaan, en verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van een hoger bedrag. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 juni 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 juni 2011 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. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 17 juni 2011 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 stelt dat zij door de behandelend gynaecoloog in Nederland is verwezen naar de specialist in Zürich. De operatie vond plaats op 2 februari 2009. Verzoekster heeft voorafgaand aan de operatie toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Haar werd in eerste instantie medegedeeld dat een bedrag van € 4.588,65 zou worden vergoed. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is dit bedrag verhoogd naar € 11.203,70. De werkelijke kosten bedroegen echter CHF 29.930,-, hetgeen omgerekend € 20.500,- is. Gelet op een verklaring van de gynaecoloog van 20 juli 2009 is in Nederland geen specialist werkzaam die de uitgebreide laparoscopische zenuwsparende operatie kan uitvoeren. Verzoekster had geen andere keuze dan behandeling door de specialist te Zürich, zodat de werkelijke kosten door de ziektekostenverzekeraar dienen te worden voldaan.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat uiteindelijk een bedrag is vergoed van € 11.578,90. Kennelijk berust het bedrag van € 11.203,70 op een fout. Daarmee blijft echter nog een bedrag van € 3.043,04 voor eigen rekening.
- 4.3. Verzoekster 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 aanvankelijk was besloten een vergoeding te verlenen op basis van het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Het betrof een bedrag van € 4.588,65, gebaseerd op DBC-code 07.11.00.0616.0603. Na tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen is in Zwitserland de hoogte van de vergoeding onder het Zwitserse sociale ziektekostenstelsel opgevraagd. Gebleken is dat het tarief dat aldaar wordt vergoed voor deze zorg € 11.203,70 bedraagt. Dit bedrag is inmiddels aan verzoekster vergoed. Zij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in eerste instantie geen E 112-formulier is afgegeven, omdat sprake was van een privékliniek die deze formulieren niet accepteert. Later bleek dat toch getarifeerd moest worden. Met de laatste betaling heeft de ziektekostenverzekeraar voldaan aan zijn verplichtingen. De ziektekostenverzekeraar kan bewijs overleggen dat door de Krankenkasse een bedrag is doorgegeven van € 11.203,70.
- 5.3. 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 kosten alsnog volledig te vergoeden, 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 artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.
Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- *zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- *zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde aanbieder. (...)*

Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen hebt u bij het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, voorafgaande toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] nodig.(...)”

8.3. De artikelen 9 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 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 vergoeding 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 een gedeeltelijke vergoeding van de kosten, is niet in geschil of de bij verzoekster uitgevoerde ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat zij daarvoor een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding.
- 9.2. Verzoekster heeft in dat verband, onder verwijzing naar een verklaring van haar gynaecoloog, gemotiveerd gesteld dat de verzekerde zorg destijds niet in Nederland beschikbaar was. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling niet bestreden. Bovendien kan uit het feit dat de ziektekostenverzekeraar in Zwitserland heeft getarifeerd, worden afgeleid dat deze zorg toentertijd niet in Nederland beschikbaar was.
- 9.3. Vast staat dat verzoekster voorafgaand aan de ingreep toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Gelet op de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar is deze gehouden verzoekster de zorg te verstrekken waarop zij uit hoofde van de zorgverzekering aanspraak heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft zich niet ingespannen om voor verzoekster de noodzakelijke zorg in natura te organiseren, bijvoorbeeld bij een door hem gecontracteerde zorgaanbieder, hoewel hij daartoe op grond van de overeenkomst gehouden was. Verzoekster had derhalve geen andere keuze dan zich te wenden tot de specialist waarnaar zij door haar behandelend gynaecoloog in Nederland was verwezen. Dientengevolge heeft zij schade geleden ter grootte van een bedrag van € 3.043,04. Aangezien de ziektekostenverzekeraar niet heeft geleverd aan verzoekster waartoe hij op grond van de overeenkomst was gehouden, is sprake van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming, en is de ziektekostenverzekeraar gehouden de hierdoor ontstane schade aan verzoekster te vergoeden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 6 juli 2011,

Voorzitter