



BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F
Zaak	: Geneeskundige zorg, EU/EER, spondylodese Th12-L3
Zaaknummer	: 2008.01585
Zittingsdatum	: 14 januari 2009

(Zaak: 2008.01585, geneeskundige zorg Europa, spondylodese Th12-L3)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierio (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1,2.2 en 2.4 Bzv, artikel 22 lid 1 sub e-i EG Verordening 1408/71, artikel 49 EG verdrag)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de zorgverzekeraar van 21 en 26 november 2007 de door hem op 30 november 2007 te Brussel (in België) ondergane rug operatie tot maximaal € 15.116,48 te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Geregeld polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).

3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "status na fusie L3-S1, discusdegeneratie op drie niveaus boven de fusie met breedstralige disco-osteofyttaire uitpuiling naar het wervelkanaal met een matige wervelkanaalvernauwing op de niveaus L 1-L3 ". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een fusieoperatie op de niveaus Th 12-L3" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak wordt gehonoreerd tot maximaal het in Nederland geldende tarief van € 8.354,23, bij brief van 26 november 2007 gecorrigeerd tot het maximale bedrag van € 15.116,48.

3.3. Op 30 november 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.



- 3.5. Bij brief van 2 juli 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 14 oktober 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 oktober 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 november schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 22 oktober 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 15 december 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker grotendeels toe te wijzen omdat de buiten de vergoeding gelaten posten (remgelden en supplementen) op grond van het EG-Verdrag, afgezien van het supplement voor een eenpersoonskamer, voor vergoeding in aanmerking dienen te komen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 7 januari 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 januari 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Ten behoeve van de kosten beperking in het kader van de lopende deurwaardersprocedure voor de onderhavige kosten, is door de commissie, na schorsing en onderling overleg, staande de zitting uitspraak gedaan.
- 3.12. Bij brief van 15 januari 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in 2003 een fusieoperatie op de niveaus L 1-L3 is uitgevoerd. Die operatie is gedaan door dezelfde chirurg die verzoeker heeft geopereerd op 30 november 2007. De aan de operatie verbonden kosten zijn destijds blijktbaar door de zorgverzekeraar volledig vergoed, want verzoeker heeft nimmer een rekening ontvangen.
 - 4.2. Bij brief van 2 december 2005 heeft verzoeker, in verband met de stelselwijziging van ziektekostenverzekeringen in Nederland, van de zorgverzekeraar een aanbod ontvangen voor een zorgverzekering. Hierin staat vermeld dat de verzekering die de zorgverzekeraar in 2006 aanbiedt zoveel mogelijk lijkt op zijn toenmalige Standaard Pakket Polis.



- 4.3. Gezien het bovenstaande was verzoeker dan ook verbaasd een rekening van € 4.200,96 voor de kosten van het verblijf op een eenpersoonskamer in het ziekenhuis in België te ontvangen .
Ook het bedrag van € 2.269,66 dat hem in rekening wordt gebracht voor prothesemateriaal is voor hem onbegrijpelijk.
- 4.4. Dit klemmt naar het oordeel van verzoeker temeer daar de afdeling waar verzoeker is opgenomen geweest, uitsluitend over eenpersoonskamers beschikt, zodat van een keuze voor een eenpersoonskamer geen sprake was. Bovendien is verzoeker dit erg laat kenbaar gemaakt, enkele dagen voor de operatie. Zo hij eerder op de hoogte was geweest van de consequenties van het hebben van een eenpersoonskamer op het punt van de vergoeding van de daarmee gemoeide kosten, had hij om een andere kamer kunnen vragen.
- 4.5. Voor verzoeker zijn de brieven van 21 en 26 november 2007 onbegrijpelijk, nu daarin twee verschillende bedragen zijn genoemd. Evenmin is duidelijk welk bedrag aan het ziekenhuis in België is betaald, zodat niet blijkt of het maximale bedrag reeds is uitgekeerd.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker bij eerdere opnames in ziekenhuizen in België (2003) dan wel in Nederland (2004), nimmer kosten in rekening zijn gebracht, ook niet voor een eenpersoonskamer waarvan hij altijd gebruik heeft gemaakt.
- 4.7. Hij stelt dat hij na 1 januari 2006, ondanks de brief die hij in 2005 van de zorgverzekeraar heeft ontvangen waarin staat dat hij exact hetzelfde verzekerd zou blijven, toch heeft moeten inleveren. Zo blijven niet alleen de kosten van de eenpersoonskamer voor eigen rekening, maar ook de kosten van het vervoer.
- 4.8. Tot slot betoogd verzoeker dat niet eens van een eersteklas kamer kan worden gesproken. Het is een oude kamer op een afdeling die is toegewezen aan zijn behandelend arts. De kamer was slechts voorzien van een zwart/wit tv, die bovendien uitsluitend vier Franstalige zenders bood. Ook het eten was niet al te best.
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat voor behandelingen in een ander EU/EER land de kosten worden vergoed tot maximaal 100 percent van het in Nederland geldende tarief. De verpleegkosten worden vergoed op basis van verpleging op algemene klasse. De maximale vergoeding voor de onderhavige ingreep bedraagt € 15.116,48. Dit bedrag is inclusief nabehandeling. De extra kosten voor verpleging op een één- of tweepersoonskamer worden niet vergoed. Verzoeker heeft voor de afhandeling van de kosten tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis een E 112-formulier ontvangen.
- 5.2. Met betrekking tot de vergoeding van de kosten van de operatie in 2003 stelt de zorgverzekeraar dat niet de stelselwijziging van 2006, doch de invoering van een ander vergoedingssysteem in 2005 de oorzaak is van een andere vergoeding die voor



de onderhavige operatie is verleend. Ten gevolge daarvan zijn de honorering en kostenvergoeding voor zorg gewijzigd. Op basis van dit nieuwe systeem worden de vergoedingen voor zorg thans vastgesteld aan de hand van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC-prestatiecode).

- 5.3. Op de nota van het ziekenhuis staan toeslagen voor 'één bed' vermeld. Deze kosten vallen niet onder de toepasselijke DBC-prestatiecode, en komen uitsluitend op grond van een (aanvullende) klasseverzekering voor vergoeding in aanmerking. Wel blijkt de nota een post van € 107,86 inzake farmaceutische kosten tijdens de opname te bevatten. Deze post zal alsnog worden uitgekeerd.
Datzelfde geldt voor de rekening van € 2.269,66 voor de implantaten, mits verzoeker een originele rekening daartoe overlegt.
- 5.4. Met betrekking tot de korte tijdspanne tussen de brief van 26 november 2007 en de operatie op 30 november 2007, stelt de zorgverzekeraar dat hem op 5 november 2007 een aanvraag heeft bereikt zonder offerte. Bij het ontbreken van een offerte kan niet exact worden bepaald welke kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Eerst op 23 november 2007 is de offerte ontvangen, waaruit bleek dat een gewrichtsprothese zou worden geplaatst. Pas toen heeft de zorgverzekeraar de aanvraag volledig kunnen beoordelen en is verzoeker, bij brief van 26 november 2007, medegedeeld dat maximaal € 15.116,48 zou worden vergoed voor de onderhavige operatie. Het gegeven, met verwijzing naar artikel 3.1 derde lid van de zorgverzekering, dat de kosten voor verpleging op een één- of tweepersoonskamer voor rekening van verzoeker zou komen is zowel in de brief van 21 november als in de brief van 26 november 2007 kenbaar gemaakt.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij zich kan vinden in het advies van het CVZ. Wel benadrukt hij dat de vergoeding nimmer meer kan belopen tot maximaal het Nederlandse tarief en dat de kosten die uitsluitend zijn verbonden aan een één bed kamer, niet voor vergoeding in aanmerking komen. Mocht blijken dat de Belgische Mutualiteit meer in rekening zal brengen als thans op de onderhavige nota's is te verwachten, en dit bedrag het maximaal in Nederland gelden tarief te boven gaat, de zorgverzekeraar zal overgaan tot terugvordering van de meerkosten.
- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker tot (verdere) nabetaling terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 3 van de zorgverzekering.

Artikel 3.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat. Ten aanzien van medisch specialistische zorg wordt, voor zover hier relevant, in lid 2 van dit artikel bepaald:

"Omschrijving: Medisch-specialistische zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, (. . .), alsmede de bij de behandeling binnen de instelling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen

(. . .)

Aanspraak: Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4. "

In lid 3 wordt ten aanzien van het verblijf, het volgende geregeld:

"Verblijf omvat verblijf in verband met medisch noodzakelijke zorg als bedoeld in artikel 3. 1. lid 2 op basis van laagste klasse gedurende het etmaal tot ten hoogste een periode van 365 dagen al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname."

Artikel 2.5 van de zorgverzekering regelt met betrekking tot de restitutieaanspraken, voor zover van belang, het volgende:

"Lid 1. De verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van de genoten zorg of overige diensten zoals omschreven in artikel 3 en 4 van deze modelovereenkomst alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

lid 2. Deze modelovereenkomst geeft de verzekerde, binnen de grenzen als omschreven in artikel 3, de keuze uit alle zorgaanbieders.

Lid 4. De vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten is gelijk aan het tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder overeengekomen tarief Indien de zorgverzekeraar geen tarief is overeengekomen, is de vergoeding gelijk aan het WMG-tarief, indien op grond van de WMG geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door het NZa is goedgekeurd of vastgesteld. Indien de zorgverzekeraar geen tarief overeengekomen is én er geen WMG-tarief van toepassing is dat uitsluitend in rekening mag worden gebracht, bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Een eventuele eigen bijdrage of eigen risico komt voor rekening van de verzekerde.

Lid 5. De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg en overige diensten als omschreven in artikel 3 en 4 wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een dergelijke maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. "

Met betrekking tot zorgverlening in een andere EU-lidstaat bepaalt artikel 4 van de zorgverzekering, voor zover in deze situatie van belang:

"Aanspraken:

Lid 1. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 2.5 lid 4 van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

(. .)

Lid 5. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aan-gegeven vergoeding."

- 7.2. De regeling in de artikelen 2, 3 en 4 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verze-kerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 is geregeld dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandighe-den in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedi-sche zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. In geschil is of de kosten van de toeslagen die betrekking hebben op het verblijf in een één- of tweepersoonskamer voor vergoeding in aanmerking komen.
- 7.6. De door verzoeker in België ondergane behandeling heeft in totaal € 11.767,00 ge-kost, welk bedrag binnen het maximaal door de zorgverzekeraar toegezegde bedrag voor de onderhavige operatie blijft. De rekening van deze behandeling is over twee nota's gespreid, nota I voor een bedrag van € 7.503,88 en nota II voor een bedrag van € 4.263,02.
- 7.7. Vast staat dat door de zorgverzekeraar aan verzoeker een E 112-formulier is ver-strekt voor de onderhavige operatie. Op grond van dit formulier, dat is afgegeven in het kader van artikel 22 lid 1 sub c-i en artikel 36 van EG-Verordening 1408/71, kan het ziekenhuis in België het binnen het Belgische wettelijke stelsel geldende tarief voor de onderhavige operatie bij de mutualiteit in rekening brengen, welk bedrag ver-volgens zonder tussenkomst van verzekerde in Nederland wordt gedeclareerd . Uit de twee, aan verzoeker gezonden nota's voor de onderhavige operatie, is de commissie gebleken dat door het ziekenhuis in België een bedrag van € 2.452,92 voor nota I en een bedrag van € 1.993,36 voor nota II aan de mutualiteit in rekening is gebracht.

- 7.8. Dientengevolge resteert een bedrag van € 5.050,96 van nota I, waarvan verzoeker een bedrag van € 850,00 heeft voorgesloten en van de zorgverzekeraar vergoed heeft gekregen, en een bedrag van € 2.269,66 van nota II, die aan verzoeker in rekening zijn gebracht. De nota van € 2.269,66 wordt blijkens de brief van 14 oktober 2008 eveneens door de zorgverzekeraar vergoed, zodat de commissie zich uitsluitend zal uitspreken over de vergoeding van nota I. Dienaangaande oordeelt de commissie als volgt.
- 7.9. Deze nota kent drie hoofdposten, te weten: (1) Verblijfskosten voor de hospitalisatie en chirurgisch dagziekenhuis, (2) Apotheek, farmaceutische en parafarmaceutische kosten, implantkosten, en (3) Geneeskundige en paramedische honoraria.
- 7.10. De hoofd posten (2) en (3) zijn onlosmakelijk verbonden met de verleende medische zorg, zodat deze posten, gelet op de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie, met name de zaak Watts (16 mei 2006, C-372/04, r.o. 128-131) en de daar aangehaalde jurisprudentie, uit hoofde van artikel 49 EG-Verdrag dienen te worden vergoed, met inachtneming van het vastgestelde DBC-tarief. Bij brief van 14 oktober 2008 heeft de zorgverzekeraar de supplementen van hoofdpost (2) volledig vergoed.
- 7.11. Met betrekking tot hoofdpost (1) oordeelt de commissie dat ook een met een medische behandeling gepaard gaande, noodzakelijke opname onlosmakelijk met de verleende medische zorg is verbonden.
Voor het gebruik van een éénpersoonskamer wordt verzoeker een bedrag van € 824,85 voor zeven ligdagen in rekening gebracht.
Op grond van artikel 3 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op opname op basis van laagste klasse gedurende het etmaal. Omdat het begrip 'laagste klasse gedurende het etmaal' niet nader is gedefinieerd, en het gemiddelde aantal ligdagen zonder onderscheid naar klassen in het tarief van de DBC-prestatiecode is verdisconteerd, vermag de commissie niet in te zien waarom de post 'persoonlijke tussenkomst' (de commissie begrijpt dat daarmee is bedoeld de eigen bijdrage in het Belgische gezondheidstelsel) niet voor vergoeding in aanmerking komt, wederom binnen de marge van het vastgestelde DBC-tarief, waartoe de verleende toestemming zich uitstrekt.
Daarentegen impliceert het begrip 'laagste klasse in een ziekenhuis' uit artikel 3 van de zorgverzekering naar het oordeel van de commissie dat het supplement van € 700,00 voor een éénpersoonskamer voor rekening van verzoeker blijft.
- 7.12. Ter zitting heeft verzoeker een laatste waarschuwing van een incassobureau overgelegd. Op grond van de noodzaak verdere schade te beperken heeft de commissie ter zitting uitspraak gedaan.
- 7.13. Met inachtneming van vorenstaande en de verrekeningen die reeds plaats hebben gevonden, oordeelt de commissie dat een bedrag van € 854,00 voor rekening van verzoeker blijft. Dit bedrag is door verzoeker op 16 januari 2009 aan de zorgverzekeraar overgemaakt, waarna de zorgverzekeraar per ommegaande de incassoprocedure heeft gestopt door de volledige nota aan het incassobureau te voldoen.
- 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek met inachtneming van hetgeen onder 7.13 is bepaald, is toegewezen.



8. Het bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek toe behoudens een bedrag van € 854,00 dat voor rekening van verzoeker blijft.

8.2 De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 11 februari 2009,

Voorzitter