

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door G tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, tympanoplastiek en stapedotomie,
hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.02768
Zittingsdatum : 22 september 2010

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 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door G,
tegen

- 1) C te D, en
 - 2) E te F,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 30 september 2009 een “tympanoplastiek” en een “stapedotomie”, te ondergaan in Wilrijk (België) (hierna: de aanspraak) slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 3.488,35 te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Compleet en [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengaan 500 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 30 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 3.488,35.
- 3.3. Verzoekster was het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 30 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 21 mei 2010 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 zorgverzeke-

ring dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juli 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 6 respectievelijk 11 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 26 juli 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010095803) 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-code is gehanteerd.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 31 augustus 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 7 september 2010 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend KNO-arts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Bij micro-otoscopisch onderzoek zie ik links een normaal trommelvlies en een luchthoudend middenoor. Rechts zien we een retractorie van het achterste deel van het trommelvlies met myringo-incudopexie. Het tonale audiogram toont een geleidingsgehoorverlies met een Fletcher-index van 40 dB ten opzichte van een voor de leeftijd normale beengeleiding. Het gehoor links is normaal voor de leeftijd met een Fletcher-index rond 20 dB. Een CT-scan van het middenoor, waarvan protocol in bijlage, bevestigt structurele afwijkingen ter hoogte van het incudostapediale complex. Tevens is er beperkte sluiening van het retrotympanum te zien".
- 4.2. Verzoekster stelt dat gezien de kostenraming van 24 augustus 2009 van het ziekenhuis, het medisch verslag en het behandelplan sprake is van twee medische ingrepen, die beide voor (afzonderlijke) vergoeding in aanmerking dienen te komen. Op de kostenraming worden twee DBC-codes genoemd. De ziektekostenverzekeraar is bij de vaststelling van de vergoeding echter uitgegaan van één DBC.
- 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 de zorg in Nederland tijdig te verkrijgen was, zodat EG-Verordening 1408/71 hier geen toepassing vindt en dient te worden uitgegaan van het Nederlands tarief.
- 5.2. Uit de stukken blijkt dat sprake is van een geleidingslethorendheid waarbij afwijkingen in de gehoorbeentjesketen zijn vastgesteld. Daarvoor zal een klinische behandeling met opname plaatsvinden, zodat sprake is van reguliere zorg. Het gaat om één zorgvraag. De DBC-typeringslijst geeft de diagnose code 15 aan (ossiculaire afwijking) en de code 213 voor klinische behandeling met therapeutische verrichting. In de toelichting op de vaststelling van deze DBC wordt vermeld dat indien de behandeling normaliter in tempi wordt uitgevoerd, slechts één DBC-tarief dient te worden gehanteerd. Aan de hand van deze informatie is de DBC-code 02.11.00.0015.0213 vastgesteld.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 3.488,35, is ingewilligd.
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 verbonden aan de onderhavige behandeling volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 3.488,35 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering.
Artikel 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:
- “Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. (...)”*
- Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname (...)”*
- Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen. (...)”*

Artikel 11 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland (...)"

Artikel 17.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden nadat we de nota hebben ontvangen tot maximaal:

- a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of*
- b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat. Het "marktconform bedrag" is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken."*

- 8.3. De artikelen 11, 17.4 en 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
- 8.5. 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 vergoeding, kan de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoekster een indicatie heeft, onbesproken blijven. Slechts de hoogte van de vergoeding is in geschil.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de zorg tijdig in Nederland beschikbaar was. Deze stelling is door verzoekster niet bestreden. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was aan verzoekster een E 112-formulier te verstrekken, en dat niet hoeft te worden onderzocht welke tarieven volgens het Belgische ziektekostenstelsel worden gehanteerd voor de onderhavige zorg.
- 9.3. Uit de polisvoorwaarden volgt dat verzoekster aanspraak heeft op het in Nederland geldende tarief. Daarbij wordt uitgegaan van zogenoemde DBC-codes. Bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 02.11.00.0015.0213, met als omschrijving: "Reguliere zorg // Ossiculaire afwijkingen / Klinisch met therapeutische verrichting" en als nadere verklarende omschrijving: "Afwijkingen van de gehoorbeentjes / Operatieve behandeling met opname". Het betreft een code uit het B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door middel van afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. Het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar voor deze DBC-code is overeengekomen is € 3.488,35. Door de zorgverlener zijn twee DBC-codes aangedragen, waarbij de vermelde code met betrekking tot de uit te voeren stapedotomie niet bestaat. De code voor de tympanoplastiek betreft 02.11.00.0014.0213, met als omschrijving: "Reguliere zorg // Chronische otitis media / Klinisch met therapeutische verrichting" en als nadere verklarende omschrijving: "Klinisch onderzoek of behandeling door keel-, neus- en oorheelkunde". Het gaat hier om een DBC-code uit het A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief betreft € 4.112,70.
- 9.4. Uit de stukken blijkt dat bij verzoekster een afwijking van de gehoorbeentjes is vastgesteld, en dat de operatie in twee tempi plaatsvindt. Het betreft echter één zorgvraag. Gelet op de DBC-onderhoudsinstructie (DBC-onderhoud instructies KNO v20090601) mag alleen dan een parallelle DBC worden geopend, indien sprake is van een extra zorgvraag waarbij substantieel meer kosten bestaan voor het ziekenhuis dan wel meer inzet is vereist door de specialist. Die situatie is bij verzoekster niet aan de orde, zodat één DBC wordt aangehouden. De code die de ziektekostenverzekeraar voor de vaststelling van de vergoeding heeft gehanteerd komt de commissie onder de gegeven omstandigheden juist voor.
- 9.5. Het DBC-tarief wordt in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat dit bij verzoekster niet het geval is, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat de bespreking van die verzekering verder achterwege kan blijven.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 september 2010,

Voorzitter