



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E en F beide te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, tympanoplastiek en meatoplastiek, S2-formulier, hoogte
vergoeding
Zaaknummer : 201301707
Zittingsdatum : 16 april 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk 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, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw 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 ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 3 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een tympanoplastiek en een meatoplastiek, uit te voeren te Antwerpen, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld voor deze behandeling maximaal € 3.649,68 te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de vergoeding uit twee bedragen is opgebouwd. Voor de tympanoplastiek wordt € 1.945,44 betaald en voor de meatoplastiek een bedrag van € 3.649,68.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 14 november 2013 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).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 februari 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 februari 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 18 februari 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 maart 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2014022253) 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-codes zijn gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden. Bij brief van 28 maart 2014 heeft het CVZ een aanvulling gegeven op het advies. Een afschrift van deze brief is op 31 maart 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 april 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 april 2014 heeft de commissie het CVZ (thans: Zorginstituut Nederland) een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 24 april 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend KNO-arts in Nederland heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"Patiënt werd gezien door collega (...) van het audiologisch centrum alhier om de mogelijkheden voor BAHA te bespreken. Bij de BAHA proef op beugel werd het geluid overhoord met rechts en werd het geluid als onprettig ervaren. Gezien het feit dat patiënt al jaren lang functioneel eenorig is (rechts), is het de vraag wat het centrale auditieve systeem zal doen met input vanuit links. Vanwege het feit dat patiënt mogelijk ook door andere zaken wordt belemmerd in zijn functioneren, werd hij vanuit ons audiologisch centrum verwezen naar een maatschappelijk werker. Indien patiënt chirurgische verbetering van zijn gehoor wenst, heeft een ingreep door professor (...) in Antwerpen met een tympano-ossiculaire allograft mijns inziens de meeste kans van slagen gezien de voorgeschiedenis van het oor. Aangezien wij in Nederland niet de mogelijkheid hebben van een donortrommelvlies en gehoorbeentjes gebruik te maken, kan deze ingreep alleen in Antwerpen uitgevoerd worden. (...)".*
- 4.2. Het linkeroor van verzoeker functioneert nog maar voor 10-15%. De behandelend KNO-arts in Nederland heeft verzoeker verwezen naar de arts in Antwerpen. Met de verwijfsbrief van 21 april 2011 heeft verzoeker zich tot deze arts gewend, die een behandelplan heeft opgesteld. De ingrepen, die een verbetering van mogelijk tot 50-60% bewerkstelligen, bestaan uit een tympanoplastiek en een meatoplastiek. De totale kosten hiervan worden geraamd op ongeveer € 13.851,64.
- 4.3. De operatie aan de gehoorgang met donormateriaal wordt in Nederland niet uitgevoerd. Verzoeker kiest niet voor België, maar is op de arts aldaar aangewezen, omdat hij de enige is die deze constructie met donormateriaal uitvoert. De KNO-arts in Nederland heeft dit bevestigd. Verzoeker is niet geholpen met een gehoorbeentje van kunststof, zoals in Nederland wordt toegepast. Verzoeker heeft daarom recht op een S2-formulier en een vergoeding conform het Belgische stelsel.
- 4.4. Voor zover het Nederlandse tarief aan de orde is, beroept verzoeker zich op een uitspraak van de commissie, waarin bij de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code een hoger bedrag wordt genoemd dan aan verzoeker is uitgekeerd. Mogelijk geldt ook in dit geval een ander tarief. Verzoeker wordt hierover dan graag geïnformeerd.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij les geeft in koken en biologie, en dit viel hem steeds moeilijker. Hierdoor dreigde ontslag. Gelukkig heeft zijn directeur hem de ruimte gegeven door het aantal uren biologie uit te breiden. Ook dit wordt echter steeds bezwaarlijker omdat hij de leerlingen niet meer verstaat. Daarnaast kampt hij met reuma. Verzoeker is vaak kapot aan het eind van de dag en voelt zich dan duizelig. Hij geeft al 28 jaar les en wil dit graag blijven doen. De behandelend arts adviseerde een behandeling met donorbeentjes, omdat hij dan "twee keer de winst zou behalen".

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Voor de tympanoplastiek, waarvoor donormateriaal wordt gebruikt, is de ziektekostenverzekeraar voor de hoogte van de vergoeding uitgegaan van DBC-code 02.11.00.0015.0213 met een bijbehorend tarief van € 1.945,44. Voor de meatoplastiek wordt uitgegaan van de DBC-code 02.11.00.0012.0213 met een bijbehorend tarief van € 3.649,68.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in Nederland voldoende zorg ingekocht voor een gehoorbeen-reconstructie. Een operatie aan de gehoorgang met gebruik van donormateriaal wordt in Nederland niet meer uitgevoerd. Dit is overigens een inferieure techniek. Om die reden heeft verzoeker geen aanspraak op een S2-formulier en een vergoeding conform het Belgische stelsel. Voor het vaststellen van de DBC-code maakt het gebruikte materiaal geen verschil.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de behandelingen met kunststof beentjes en donormateriaal identiek is. De behandeling met kunststof beentjes is beschikbaar. Het CVZ is in zijn advies niet duidelijk als het gaat om het onderscheid en de aanwezige contra-indicaties.

5.4. 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 en van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.945,44 voor de tympanoplastiek respectievelijk € 3.649,68 voor de meatoplastiek 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 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:

**"Welke zorg
U heeft recht op:**

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

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt. Let op: zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van specialistische zorg. [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op onze website (...) vindt u onder het thema 'Zorgadvies' een overzicht van zorgaanbieders die met [naam ziektekostenverzekeraar] een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op [telefoonnummer]. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam 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): 80% van het tarief wordt vergoed,
- zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. (...)

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg of een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. (...)"

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

"Welke zorg

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 [naam 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. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. 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 [naam 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. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is.

Toestemming

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 [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft 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 aanspraak op zorg 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 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. Verzoeker wenst naar een andere EU-lidstaat - België - te gaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

9.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat het hier verzekerde zorg betreft die tijdig in Nederland beschikbaar is zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is een S2-formulier af te geven. Hierover merkt de commissie op dat uit de stukken blijkt dat de Nederlandse KNO-arts verzoeker heeft verwezen naar de Belgische arts, specifiek omdat deze arts de enige is die met donormateriaal werkt. Vast staat dat dit materiaal in Nederland niet wordt gebruikt. Indien ander materiaal voor verzoeker zou zijn aangewezen, zou de behandelend arts in Nederland de ingreep bij verzoeker hebben uitgevoerd dan wel laten uitvoeren. Uit het voorgaande volgt dat de voor verzoeker benodigde zorg - die een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en waarvoor hij een indicatie heeft - op het moment van de aanvraag niet (tijdig) in Nederland kon worden geleverd. De ziektekostenverzekeraar had verzoeker daarom een S2-formulier dienen te verstrekken. Nu hij dit heeft nagelaten, dient hij na te gaan welk tarief op basis van het Belgische sociale zekerheidsstelsel in september 2011 voor de onderhavige behandeling werd vergoed. Verzoeker heeft aanspraak op dit tarief. Mocht het Belgische tarief lager zijn dan het Nederlandse tarief, dan heeft verzoeker aanspraak op een aanvulling tot dit hogere tarief, voor zover dit het gefactureerde bedrag niet overstijgt. Voor zover het Nederlandse tarief aan de orde is, geldt het volgende.

9.3. De ziektekostenverzekeraar is voor de hoogte van de vergoeding uitgegaan van de DBC-codes 02.11.00.0012.0213 met als omschrijving “Klinisch onderzoek of behandeling door keel-, neus- en oorheelkunde” en 02.11.00.0015.0213 met als omschrijving: “Verwijzing/Afwijkingen van de gehoorbeentjes/Operatieve



behandeling met opname". De gehanteerde codes komen de commissie - gelet op de bij verzoeker uit te voeren ingrepen - juist voor. Bij de beoordeling van de hoogte van de te hanteren tarieven dient te worden uitgegaan van de aanvraag van september 2011. De DBC-code 02.11.00.0012.0213 betreft een code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief bedroeg in september 2011 € 4.562,10. Aangezien verzoeker gebruik heeft gemaakt van een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, wordt een korting toegepast van 20 percent. Het te vergoeden bedrag komt daarmee uit op € 3.649,68. De DBC-code 02.11.00.0015.0213 betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het bijbehorende tarief bedroeg - gelet op de 'lijst maximale tarieven B- segment' - gedurende het gehele jaar 2011 € 1.945,44.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een tympanoplastiek dan wel een meatoplastiek, zodat deze verzekering verder onbesproken kan blijven.

Conclusie

- 
- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van het bepaalde onder 9.2. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van het bepaalde onder 9.2. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 14 mei 2014,



Voorzitter