

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E
te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, operatie rug, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.00161
Zittingsdatum : 26 september 2012

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 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 vergoeding van de kosten van een rugoperatie, ondergaan in Sint Niklaas (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de aanspraak gedeeltelijk in te willigen, namelijk tot een bedrag van € 8.825,60.

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 19 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de vergoeding te verhogen tot een bedrag van maximaal € 10.542,37.

3.3. Verzoekster heeft de kwestie voorgelegd aan de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 22 februari 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 2 mei 2012 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 van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 juli 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 27 juli 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 13 augustus 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012090907) 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 de juiste DBC-code heeft gehanteerd, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding. 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 26 september 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 2 oktober 2012 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 4 oktober 2012 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. De arts in België heeft op 25 maart 2011 het volgende verklaard: *“voor patiënte is er een onhoudbare pijn, zowel wat de rug als de beenproblematiek betreft. Op beeldvorming is er een duidelijke osteopo(...)rose en degeneratieve scoliose terug te vinden. Er is een stenose van het spinaalkanaal meest uitgesproken op L4L5. Tevens symptomatische afwijkingen op L2L3/L3L4/L4L5. Een decompressieve heek(...)unde en instrumentatie L2L3/L3L4 en L4L5 is aangewezen en enige mogelijkheid om controle te krijgen over de huidige problematiek. (...)”*.
- 4.2. De huisarts in Nederland heeft op 9 juni 2011 met betrekking tot verzoekster verklaard: *“Mevrouw is bekend met ernstige rugklachten op basis van ernstige degeneratieve afwijkingen aan haar lumbale wervelkolom. Uitgebreid onderzoek aan VU en Antoniusziekenhuis te Utrecht. Hier durfde men een operatie niet aan. In België (...) is een arts (...) die deze operatie wel aandurft. (...)”*.
- 4.3. De ingreep is in België uitgevoerd op 14 juni 2011. Verzoekster heeft tijdig bij de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming. Ondanks zijn bekendheid met haar langdurige ziektegeschiedenis, heeft de ziektekostenverzekeraar geen enkel initiatief genomen om een bemiddeling tot stand te brengen. Verzoekster heeft gezocht naar een Nederlandse specialist die de ingreep aandurft, doch heeft deze niet gevonden.

De arts in België heeft de ingreep met succes uitgevoerd. De kosten hiervan bedragen € 15.205,79. De ziektekostenverzekeraar is gehouden deze kosten volledig te vergoeden.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in zijn laatste brief onterecht de indruk wekt dat de noodzaak voor behandeling van de rugklachten zich pas in 2011 heeft geopenbaard. Vanaf 2009 zijn er diverse nota's ingediend. De behandelend artsen van verzoekster onderschrijven de noodzaak van de operatie. Er was sprake van een onhoudbare situatie. Door de operatie is verzoekster volledig pijnvrij.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Op 9 mei 2011 ontving de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor de operatie in België. Omdat de aanvraag nog niet compleet was, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 20 mei 2011 verzocht om nadere informatie. Deze informatie is eerst op 15 juni 2011 ontvangen, toen de ingreep al had plaatsgevonden.
 - 5.2. Aangezien verzoekster niet heeft gewacht op voorafgaande toestemming, heeft zij – omdat het Belgische ziekenhuis niet is gecontracteerd – conform hetgeen is bepaald in de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op maximaal 80 percent van het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Ter vaststelling hiervan is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 05.11.00.1350.0213 met een bijbehorend tarief van € 11.042,37.
 - 5.3. In een brief van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster is aan haar een vergoeding toegezegd van 80 percent van dit bedrag, te weten € 8.833,90. Omdat de ziektekostenverzekeraar echter een maximale eigen bijdrage van € 500,-- hanteert, is besloten verzoekster een aanvullende vergoeding te verlenen van € 1.708,47. Zij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding.
 - 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat als er een bekend (medisch) dossier is van een verzekerde, dit niet betekent dat voorafgaande toestemming is gevraagd. De proactieve houding van een zorgverzekeraar, zoals verzoekster die omschrijft, kan niet van de ziektekostenverzekeraar worden verwacht. Wachtlijstbemiddeling kan conform de voorwaarden plaatsvinden. Het is aan een verzekerde dit aan te vragen. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het fijn is dat verzoekster pijnvrij is. Dit leidt echter niet tot een hogere vergoeding.
 - 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 de artikelen 37 van de zorgverzekering en 10 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 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 5 tot en met 27 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 6 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“6.1 Algemeen

Voor in de artikelen 6 tot en met 16 en artikel 25 genoemde vormen van zorg (met uitzondering van acute zorg) is een verwijzing noodzakelijk door uw huisarts, gecontracteerd bedrijfsarts, medisch specialist of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft, door een verloskundige. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is. Voor wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18.

6.2 Verblijf (Ziekenhuisopname)

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch specialistische zorg tot een maximum van 365 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;*
- gebruikelijke medisch specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.*

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden;*
- op het moment dat niet langer gronden voor medisch specialistische hulp in combinatie met verblijf in een centrum voor medisch specialistische zorg aanwezig zijn, dient dit direct aan [de ziektekostenverzekeraar] te worden gemeld.*

Heb ik vooraf toestemming nodig van [de ziektekostenverzekeraar]?

Voor behandeling in het Nederlands Astmacentrum Davos en/of een behandeling in Heideheuvel dient u vooraf toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] te hebben.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

- bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme*

tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening;
- in geval van spoedeisende zorg vindt een kostenvergoeding plaats van 100% van het marktconforme of WMG-tarief. (...)"

8.4. Artikel 22 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

Waar heb ik recht op?

- u heeft recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding van de kosten dan wel het recht op behandeling van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke socialezekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;

- u heeft recht op zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door [de ziektekostenverzekeraar] in het betrokken land is gecontracteerd;

- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;

- indien [de ziektekostenverzekeraar] vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;

- u heeft recht op (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

- verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, niet zijnde het woonland, is alleen van toepassing indien het in verdragslanden betrekking heeft op medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) en in een EU/EER-land op prestaties, die tijdens verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf;

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land moet ingeroepen worden volgens de voorgeschreven verdragssystematiek (Europese verzekeringspas). Ter plaatse geldende eigen betalingen tellen mee in het eigen risico. (...)"

8.5. De artikelen 6 en 22 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 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 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. Niet in geschil is dat de door verzoekster ondergane ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat zij hiervoor een indicatie had. Enkel de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de operatie aan de ziektekostenverzekeraar toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar mag – nu sprake is van een in Nederland verzekerde prestatie – toestemming op grond van Vo 883/2004 alleen weigeren indien de zorg tijdig in het woonland beschikbaar is. Teneinde dit te kunnen beoordelen, heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster aanvullende informatie opgevraagd. Verzoekster heeft echter tot na de operatie gewacht met het opsturen van deze informatie, zodat de ziektekostenverzekeraar niet in de gelegenheid is gesteld te beoordelen of dezelfde dan wel hiermee vergelijkbare zorg tijdig in Nederland beschikbaar was. Om die reden vindt het bepaalde in artikel 20 Vo 883/2004 geen toepassing.
- 9.3. Aangezien het gaat om intramurale zorg, vormt voorafgaande toestemming ook in het kader van artikel 56 van het Verdrag inzake de Werking van de Europese Unie (VWEU) een vereiste. Dit vereiste is tevens opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering en zou daarom aan vergoeding van de onderhavige kosten in de weg staan. In de procedure heeft de ziektekostenverzekeraar zich echter niet op dit vereiste beroepen, en is overgegaan tot een gedeeltelijke vergoeding van de kosten, zodat de commissie dit punt laat rusten.

- 9.4. Voor zover het Nederlandse marktconforme tarief van toepassing is, is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 05.11.00.1350.0213, met als omschrijving: *“Reguliere zorg // Kanaal stenose / 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 zorgverleners. Het tarief dat de ziektekostenverzekeraar voor deze DBC-code is overeengekomen is € 11.042,37. Hierop is door de ziektekostenverzekeraar een korting toegepast van 20 percent, met een maximale eigen bijdrage van € 500,--, een en ander overeenkomstig artikel 6.2 van de zorgverzekering. In totaal is een vergoeding verleend van € 10.542,37. De gehanteerde DBC-code komt de commissie – gelet op de bij verzoekster uitgevoerde ingreep – juist voor. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor geplande medisch-specialistische zorg in het buitenland, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 10 oktober 2012,

Voorzitter