

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, heupoperatie en revalidatie
Zaaknummer : 2009.02229
Zittingsdatum : 10 maart 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 20 februari 2009 de kosten verbonden aan een heupoperatie, uitgevoerd te Nordhorn (Duitsland), slechts gedeeltelijk te vergoeden, namelijk tot een maximaal bedrag van € 8.651,--. Voorts komt zij op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van dezelfde datum de kosten verbonden aan een aansluitende revalidatie in Bad Bentheim (Duitsland) niet 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 Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de hierboven onder 2 vermelde kosten, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij twee brieven van 20 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de heupoperatie tot een bedrag van € 8.651,-- wordt vergoed, en dat de kosten van revalidatie niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 15 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij zijn excuses aangeboden voor de lange termijn waarbinnen de declaratie is afgehandeld, en als compensatie aangeboden 50 percent van de kosten van revalidatie te vergoeden, namelijk tot een bedrag van € 1.984,50.

- 3.4. Bij brief van 22 oktober 2009 heeft verzoekster 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 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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 15 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 januari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 januari 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 20 januari 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 17 februari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010009032) 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 door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC-code voor de heupprothese juist is, en geen sprake is van een multidisciplinaire revalidatie zoals bedoeld in de Zvw. 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 10 maart 2010 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 11 maart 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 15 maart 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster heeft op 29 januari 2009 een heupoperatie ondergaan in Nordhorn. Zij heeft bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd naar de vergoeding van de kosten hiervan, en heeft eveneens verzocht om vergoeding van een aansluitende revalidatie te Bad Bentheim. Eerst bij brief van 20 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de kosten voor de heupoperatie tot maximaal € 8.651,-- worden vergoed, en dat de revalidatie niet voor vergoeding in aanmerking komt. De revalidatie vond plaats tussen 11 februari 2009 en 4 maart 2009.
 - 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de procedure bij de ziektekostenverzekeraar moeizaam is verlopen. Stukken raakten zoek, en op brieven werd niet of veel te laat gereageerd. Daardoor was verzoekster niet tijdig

ervan op de hoogte dat de heupoperatie slechts gedeeltelijk werd vergoed, en de revalidatie in het geheel niet. Het is om die reden dat door de ziektekostenverzekeraar zowel de kosten van de operatie als van de revalidatie dienen te worden vergoed. Voorts heeft zij van de ziektekostenverzekeraar machtigingen gekregen voor fysiotherapie en het zittend ziekenvervoer naar deze behandelingen, in verband met het feit dat zij rolstoelafhankelijk is. De nota's die zij daarvoor heeft ingediend zijn echter keer op keer niet, dan wel te laat, vergoed.

4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat op 11 december 2008 een aanvraag is ingediend op het kantoor in Oldenzaal. Bij navraag bevestigde de directeur van de ziektekostenverzekeraar dat alles in orde zou komen. Uiteindelijk bleek dat de stukken waren blijven liggen. De operatie was echter al in januari gepland.

4.4. 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de afwikkeling van de declaraties zo moeizaam is verlopen door een samenvoeging van meerdere zorgverzekeraars, en een nieuw automatiseringssysteem. Hij biedt zijn excuses aan voor deze gang van zaken. De machtiging voor de heupoperatie is afgegeven conform Nederlands tarief, namelijk tot een maximaal bedrag van € 8.651,--. Aan verzoekster is geen E 112-formulier verstrekt, omdat de gevraagde aanvullende informatie niet tijdig bij de ziektekostenverzekeraar is binnengekomen. Verzoekster was inmiddels opgenomen in het ziekenhuis. Voor de revalidatie is geen machtiging afgegeven, omdat de Fachklinik te Bad Bentheim niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, deze kliniek geen regulier ziekenhuis of een revalidatie-instelling is, niet gebleken is dat sprake was van revalidatiebehandelingen door een multidisciplinair team onder leiding van een revalidatiearts, en evenmin is gebleken is dat niet kon worden volstaan met fysiotherapie aan huis. Vanwege de late berichtgeving hierover, heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd de revalidatie voor 50 percent coulancehalve te vergoeden, tot een maximaal bedrag van € 1.984,50.

5.2. Met betrekking tot de behandelingen fysiotherapie waarvoor een machtiging is afgegeven, en het zittend ziekenvervoer naar deze behandelingen, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat deze declaraties foutief zijn verwerkt, maar dat deze alsnog mogen worden ingediend.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de aanvraag op 29 december 2008 is ontvangen. Op 20 februari 2009 is uitsluitel gegeven. Vanwege die lange behandelduur is tot een coulancevergoeding besloten. Overigens is conform het CVZ-advies gehandeld.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is 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 ziektekostenver-

zekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door verzoekster te Nordhorn ondergane heupoperatie volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 8.651,-- te vergoeden, en voorts of hij gehouden is de kosten van de revalidatie te Bad Bentheim volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.984,50 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

- 8.1. De zorgverzekering betreft een combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners, en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in 'Deel II Dekkings- en prestatiewijze' van de zorgverzekering. Medisch-specialistische zorg en revalidatiezorg zijn volgens de zorgverzekering aanspraken in natura. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

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

Artikel 15 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op revalidatie, en luidt voor zover hier van belang, als volgt:

“geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 12 (Huisartsenzorg) en artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- *deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;*
- *de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.*

Door:

multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.”

De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering, welk artikel voor zover hier van belang als volgt luidt:

“(...)vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder

of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 11.5 van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)"

In artikel 11.5 van de zorgverzekering is het volgende opgenomen:

"11.5.1 Natura

Als de verzekerde bij de aanspraak op zorg in natura gebruikmaakt van zorgaanbieders met wie [de ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste de Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. De kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten, worden in mindering gebracht op de vergoeding.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft de verzekerde ook aanspraak op de hiervoor omschreven vergoeding. (...)"

- 8.2. De artikelen 9, 11, 14 en 15 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).
- 8.3. 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 en verblijf in artikel 2.10 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.5. Verder is in artikel 34 van de aanvullende ziektekostenverzekering, voor zover hier van belang, het volgende geregeld:

"Omschrijving:

medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ of chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen zoals omschreven in het artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Waar:

in een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, revalidatie-instelling of zorghotel.

Voorschrift:

de medische noodzaak wordt vastgesteld door de verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg. (...)"

- 8.6. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“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 met betrekking tot de heupoperatie is overgegaan tot betaling, is de vraag of het hier een verzekerde prestatie betreft en of verzoekster daarvoor een indicatie heeft, bevestigend beantwoord. Waar het gaat om de hoogte van de vergoeding, dient allereerst te worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar gehouden was aan verzoekster een E 112-formulier (artikel 22 van de Verordening) te verstrekken. In dat kader merkt de commissie op dat het verzoek om toestemming voor de operatie volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar bij hem is binnengekomen op 29 december 2009. Door verzoekster is desgevraagd de datum 11 december 2009 opgegeven, doch de commissie is van oordeel dat bedoeld document niet kan worden aangemerkt als een geldige aanvraag. Vaststaat dat verzoekster op 22 januari 2009 is opgenomen in het ziekenhuis te Nordhorn. De aanvraag is derhalve tijdig voorafgaand aan de opname bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Door verzoekster is niet gemotiveerd wat de reden is dat zij wilde uitwijken naar het buitenland voor behandeling. Niet gebleken is dat de operatie niet tijdig in Nederland had kunnen plaatsvinden, zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was tot afgifte van het E 112-formulier.
- 9.2. Aangezien geen aanspraak bestaat op verstrekking dan wel vergoeding van de zorg ingevolge de Verordening, dient de hoogte van de vergoeding conform artikel 11.5 van de zorgverzekering te worden vastgesteld aan de hand van het daarvoor geldende Nederlands tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft de DBC-code 05.11.00.1701.0223 gehanteerd, met als omschrijving “Reguliere zorg // Arthrosis: Bekken/heup/bovenbeen / Operatief met klinische episode(n) met gewrichtsprothese”. Het betreft een DBC-code uit het B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en zorgverleners. Het tarief dat de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken voor deze DBC-code betreft € 8.651,--. De gehanteerde code komt de commissie – gezien de bij verzoekster uitgevoerde heupoperatie – juist voor.

De DBC-tarieven worden in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat zulks in voorkomende gevallen – gelijk bij verzoekster – soms niet zo zal zijn, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

- 9.3 Wat betreft de vergoeding van het verblijf in de revalidatie-instelling te Bad Bentheim is, nog afgezien van de vraag of deze instelling kan worden aangemerkt als een revalidatie-instelling als bedoeld in de polisvoorwaarden, niet gebleken dat verzoekster een indicatie had voor een verblijf aldaar. Het is doorgaans niet gebruikelijk na een heupoperatie klinisch te revalideren. Uit het dossier blijkt niet van een medische noodzaak tot revalidatie in genoemde instelling, mede gezien het feit dat deze revalidatie niet aansluitend aan de heupoperatie heeft plaatsgevonden. Met de revalidatie is eerst op 11 februari 2009 gestart, terwijl verzoekster op 29 januari 2009 uit het ziekenhuis werd ontslagen. Verder is tijdens de opname enkelvoudige fysiotherapie verleend, hetgeen niet kan worden aangemerkt als onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Vanwege de vertraging die de afhandeling van de aanvraag aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar heeft opgelopen, is deze overgegaan tot een coulancehalve vergoeding van de gemaakte kosten tot 50 percent, in totaal neerkomend op een bedrag van € 1.984,50. De commissie zal in die beslissing niet treden.
- 9.4 Met betrekking tot de behandelingen fysiotherapie en het zittend ziekenvervoer waarop verzoekster aanspraak heeft gemaakt, is de commissie gebleken dat deze geen rechtstreeks verband houden met de operatie en revalidatie in Duitsland. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de nota's daarvan foutief zijn verwerkt, en opnieuw mogen worden ingediend. Aangezien nog geen beslissing is genomen, en derhalve ook nog geen heroverweging heeft plaatsgevonden, moet de commissie deze onderdelen verder laten rusten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5 De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de door verzoekster ondergane heupoperatie en revalidatie, zodat de bespreking van die verzekering achterwege kan blijven.

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, 24 maart 2010,

Voorzitter