

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, staaroperatie
Zaaknummer : 2009.01501
Zittingsdatum : 7 april 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 20 juli 2009 de kosten van een op 14 januari 2009 te Eeklo (België) uitgevoerde staaroperatie (hierna: de aanspraak) in het geheel niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentepolis (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker 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. Bij brief van 20 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de onder 2 omschreven aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van de op 14 januari 2009 te Eeklo (België) uitgevoerde staaroperatie gedeeltelijk wordt vergoed, namelijk tot een bedrag van € 1.299,--.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 23 december 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek) in te willigen.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en zijn standpunt aan de commissie bij brief van 12 februari 2010 kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 februari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 april 2010 per email medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 16 februari 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 12 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010026013) 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 gebruikt voor de vaststelling van de vergoeding. De onderhavige DBC is een zogenoemde B-DBC, waarvan het tarief door vrije onderhandeling tot stand komt. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 7 april 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 13 april 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 19 april 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de eerste staaroperatie in december 2008 in een Belgisch ziekenhuis heeft plaatsgevonden. De kosten van deze ingreep zijn destijds door de ziektekostenverzekeraar volledig vergoed. Nu wordt achteraf door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat dit ten onrechte is geschied en worden de kosten van de tweede staaroperatie, die op 14 januari 2009 eveneens in België heeft plaatsgevonden, slechts ten dele vergoed. Hierdoor blijft een bedrag van € 644,43 voor rekening van verzoeker. Verzoeker merkt hierbij op dat enkele maanden zijn verstreken tussen het indienen van de nota door het ziekenhuis en het bericht van de ziektekostenverzekeraar tot partiële vergoeding van de aan de operatie verbonden kosten.
- 4.2. Verzoeker benadrukt dat hij in 2006 een fax heeft gehad van de ziektekostenverzekeraar, waarin wordt gemeld dat de ziektekostenverzekeraar garant staat voor “de kosten van een behandeling/ziekenhuisopname in België, voor zover het gaat om kosten

die vallen onder de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering. Hiervoor is geen machtiging nodig.”

- 4.3. Ten slotte merkt verzoeker op dat de ziektekostenverzekeraar hem telefonisch heeft aangeboden de helft van de voor zijn rekening komende kosten coulancehalve te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft dit met de brief van 10 december 2009 aan verzoeker bevestigd. Verzoeker heeft dit aanbod echter afgewezen.
- 4.4. Verzoeker vordert tevens een bedrag van € 150,-- aan renteverlies en administratiekosten, omdat de ziektekostenverzekeraar de ter declaratie ingediende nota's te laat aan hem vergoed en tevens regelmatig nota's kwijtraakt.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd, dat de polisvoorwaarden betreffende de vergoeding van homeopathische middelen in 2008, 2009 en 2010 hetzelfde zijn gebleven.
De teststrips voor het meten van de bloedglucosewaarden worden voorgeschreven door de specialist. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar te bepalen dat deze teststrips niet nodig zijn.
Daarnaast raakt de ziektekostenverzekeraar nota's kwijt en is traag met het vergoeden van de nota's. Hierdoor heeft verzoeker schade door de gederfde rente.
Verzoeker woont 500 meter van de Belgische grens en is als inwoner van Zeeuws-Vlaanderen voor een groot gedeelte aangewezen op België. Daarbij verwijst verzoeker nogmaals naar de voornoemde fax van de ziektekostenverzekeraar. De afstand van zijn woonplaats naar het ziekenhuis te Eeklo is nagenoeg gelijk aan de afstand van zijn woonplaats naar het ziekenhuis te Oostburg.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de kosten voor zorg, die buiten Nederland wordt verleend, worden vergoed tot maximaal de Nederlandse wettelijke tarieven dan wel de Nederlandse marktconforme tarieven. Het marktconforme Nederlandse tarief voor een staaroperatie heeft de ziektekostenverzekeraar vastgesteld op € 1.299,--. Per vergissing zijn de kosten van de eerste staaroperatie in december 2008 en de bijbehorende onderzoeken en controles volledig vergoed. De nota voor deze behandeling is ingediend, nadat de operatie in 2009 is ondergaan. Daarom kan verzoeker aan deze volledige vergoeding geen extra vergoedingsrechten ontleenen. De teveel uitgekeerde bedragen zullen niet worden teruggevorderd van verzoeker. De tweede staaroperatie van 14 januari 2009 wordt, inclusief alle vooronderzoeken en controles, vergoed tot maximaal het Nederlandse marktconforme tarief van € 1.299,--.
- 5.2. In de door verzoeker overgelegde fax van het voormalig regiokantoor te Delft wordt inderdaad gesuggereerd dat bij de ziektekostenverzekeraar verzekerde inwoners van Zeeuws-Vlaanderen een volledige vergoeding ontvangen voor alle zorg uit de zorgverzekering die men in België ondergaat. Echter, in de laatste alinea van de fax wordt nadrukkelijk vermeld dat de regeling alleen betrekking heeft op situaties waarbij verzekerden in verband met de afstand van hun woonplaats tot een ziekenhuis in Nederland behandeling in een Belgisch ziekenhuis prefereren. Staaroperaties worden echter ook uitgevoerd in het ziekenhuis te Oostburg. Hoewel verzekerden vrij zijn in hun

keuze van zorgverlener, gold de in de voornoemde fax van 2006 vermelde garantie-regeling in dit geval niet.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat de polisvoorwaarden voor homeopathische middelen niet zijn gewijzigd, maar dat in het verleden erg soepel werd omgegaan met de gehanteerde definities. Thans worden de definities strikt gehanteerd; voor het jaar 2009 is echter een overgangsmaatregel toegepast.

Voor niet-insulineafhankelijke verzekerden bestaat aanspraak op een eenmalige vergoeding van 100 teststrips. Insulineafhankelijke verzekerden hebben aanspraak op een bepaald aantal teststrips per kwartaal, dit aantal is afhankelijk van het aantal keren dat de verzekerde per dag moet injecteren.

De ziektekostenverzekeraar erkent dat nota's zijn zoekgeraakt.

Van renteverlies, zoals door verzoeker gevorderd, is geen sprake. De termijn van afhandeling van de nota's is meestal minder dan één maand en vaak zelf minder dan twee weken. Desgevraagd stelt de ziektekostenverzekeraar dat het niet zijn stelling is dat de behandeling in Oostburg had moeten worden uitgevoerd, omdat Oostburg dichterbij is dan Eeklo. Verzekerden hebben het recht naar het buitenland te gaan, maar dan wel met vergoeding conform de Nederlandse – marktconforme -- tarieven.

- 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 ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is de vraag of de ziektekostenverzekeraar de kosten van de door verzoeker ondergane staaroperatie te België volledig dient te vergoeden dan wel tot een bedrag van € 1.299,-- 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 12 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Medisch specialistische zorg

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

In artikel 9.1 van de zorgverzekering is de aanspraak opgenomen voor zorg in het buitenland voor verzekerden die woonachtig zijn in Nederland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [naam ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende 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.”*

- 8.3. In artikel 11.4 van de zorgverzekering is bepaald dat de kosten van zorg, die verleend is door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, worden vergoed tot maximaal de Wmg-tarieven. Als 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 passend is te achten, worden in mindering gebracht op de vergoeding.
- 8.4. Artikel 14 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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 de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een vergoeding van € 1.299,-- voor de door verzoeker ondergane operatie in België kan de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoeker daarvoor een indicatie heeft, onbesproken blijven. Enkel de hoogte van de vergoeding is in geschil. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.

- 9.3. Verzoeker heeft op grond van de polisvoorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten tot maximaal het Wmg-tarief dan wel, bij het ontbreken van een Wmg-tarief, het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voor de onderhavige staaroperatie is in de onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de ziekenhuizen een gemiddeld tarief tot stand gekomen van € 1.299,--. Verzoeker heeft de hoogte hiervan niet gemotiveerd bestreden, zodat dit tarief als vaststaand geldt.
- 9.4. Het voornoemde tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties, waarin geen gebruik wordt gemaakt van gecontracteerde zorg, niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de ziektekostenverzekeraar bij behandeling in een gecontracteerd ziekenhuis niet hoger zouden zijn geweest.
- 9.5. Ten aanzien van het door verzoeker ter zitting gevorderde betreffende de homeopathische middelen en de teststrips voor het meten van de bloedglucosewaarden van hem en zijn echtgenote, overweegt de commissie dat verzoeker in zijn brief van 7 januari 2010 heeft gesteld dat het geschil ten aanzien van deze onderwerpen is vervalLEN. Deze onderwerpen kunnen daarom niet alsnog in de procedure worden gebracht en maken derhalve geen deel uit van het onderhavige geschil.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoeker heeft verzocht.

Faxbericht van mei 2006

- 9.7. In het faxbericht van mei 2006 van het toenmalige regiokantoor Delft wordt medegedeeld dat inwoners van Zeeuws-Vlaanderen een volledige vergoeding ontvangen voor alle zorg uit de zorgverzekering die men in België ondergaat, voor zover verzerden in verband met de afstand van hun woonplaats tot een ziekenhuis in Nederland behandeling in een Belgisch ziekenhuis prefereren. Gebleken is dat staaroperaties ook uitgevoerd worden in het ziekenhuis te Oostburg. De afstand van het woonadres van verzoeker tot het ziekenhuis te Oostburg bedraagt twaalf kilometer, de afstand van het woonadres tot het ziekenhuis te Eeklo, België bedraagt vijftien kilometer. De afstand van het woonadres naar het ziekenhuis in Nederland is derhalve, zoals ook door verzoeker tijdens de hoorzitting gesteld en niet door de ziektekostenverzekeraar weersproken, nagenoeg gelijk aan de afstand naar het ziekenhuis in Eeklo. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat het gestelde in voornoemd bericht niet voor het onderhavige geval geldt, gaat derhalve niet op. De commissie is van oordeel dat nu de afstand van het woonadres naar beide ziekenhuizen nagenoeg gelijk is, en verzoeker er om hem moverende redenen de voorkeur aan gaf in Eeklo geopereerd te worden, de kosten alsnog volledig vergoed dienen te worden. Dit te meer nu de ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat het gestelde in het faxbericht niet juist is en hij de inhoud daarvan niet (tijdig) heeft herroepen.

Schadevergoeding

- 9.8. Voor vergoeding komen slechts die kostenposten in aanmerking waarvan het redelijk is dat deze zijn gemaakt, en slechts voor zover ook de omvang van de kosten redelijk is. Verzoeker vordert een bedrag van € 150,-- wegens renteverlies en administratiekosten. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat het renteverlies op jaarbasis circa € 10,-- beloopt, terwijl hij geen onderbouwing heeft geleverd van de gevorderde administratiekosten. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting gemotiveerd bestreden dat ter declaratie ingediende nota's structureel te laat worden vergoed. Dit overwegende dient het verzoek om toekenning van een schadevergoeding te worden afgewezen.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, voor zover het de vergoeding van de ingreep in Eeklo betreft. Het verzoek om schadevergoeding wordt afgewezen.
- 9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek, voor zover dit ziet op de vergoeding van de ingreep in Eeklo toe. De commissie wijst het verzoek om schadevergoeding af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 21 april 2010,

Voorzitter