



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw
C te D, tegen E te F

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, tympanoplastiek rechteroor, Mercke oblitteratie, S2-formulier,
hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201301864

Zittingsdatum : 14 mei 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 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Gezin Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een tympanoplastiek, uit te voeren te Wilrijk, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een E-112 formulier, thans S2-formulier, verstrekt. Aan de hand hiervan is aan het Belgische ziekenhuis een bedrag van € 3.465,85 vergoed.
- 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 e-mailbericht van 8 maart 2013 en brief van 19 juli 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten het Belgische tarief aan te vullen tot het bedrag dat in Nederland voor deze ingreep zou zijn betaald. Aan verzoekster is een nabetaling gedaan van € 614,33.
- 3.4. Bij brief van 26 november 2013 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 verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 februari 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 maart 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 mei 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 10 maart 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 april 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014029921) 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 het juiste DBC zorgproduct is gehanteerd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 mei 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 15 mei 2014 heeft de commissie het Zorginstituut 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 Zorginstituut bij brief van 20 mei 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster had een aandoening aan het rechteroor, waarvoor in Nederland een operatie was gepland. In het kader van een second opinion is verzoekster doorverwezen naar het ziekenhuis in België, alwaar de operatietechniek wezenlijk anders is dan die welke wordt toegepast in Nederland. Verzoekster heeft ervoor gekozen de ingreep in België te laten uitvoeren, en hier is een begroting opgesteld, die zij heeft overgelegd aan de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. In de periode vóór de operatie is uitvoerig contact geweest met de ziektekostenverzekeraar inzake de vergoeding van de met de operatie gemoeide kosten. De ziektekostenverzekeraar verstrekte verzoekster een S2-formulier, waardoor er door haar geen kosten behoeften te worden voorgeschoten. Alleen een eventuele wettelijke bijdrage diende verzoekster zelf te voldoen.
- 4.3. De kosten van de operatie waren begroot op € 8.683,85 en bedroegen uiteindelijk € 7.126,14. Hiervan is door de ziektekostenverzekeraar € 3.465,85 vergoed. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is € 614,33 nabetaald. Hierdoor blijft echter nog een groot bedrag voor rekening van verzoekster.
- 4.4. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat verzoekster door ondertekening zou hebben ingestemd met extra zorgkosten, waardoor een groot bedrag voor haar rekening blijft. Verzoekster heeft hiervoor echter nooit getekend. Dit zou ook uiterst onverstandig zijn geweest, aangezien zij vooraf goedkeuring had gekregen van de ziektekostenverzekeraar waardoor de volledige kosten gedekt waren. Door de ziektekostenverzekeraar is nooit iets geverifieerd bij het Belgische ziekenhuis. Ook wordt door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de toeslag die in rekening is gebracht voor het gebruik van een éénpersoonskamer. Hiervoor heeft verzoekster evenmin getekend, zoals blijkt uit het door haar ter zake ingevulde formulier.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de nabetaling gedaan aan de hand van een door hem vastgestelde DOT productcode. Onduidelijk is echter hoe hij tot dit tarief is gekomen, aangezien de ingreep die verzoekster heeft ondergaan, in Nederland niet wordt uitgevoerd.

Gedurende het gehele traject is door de ziektekostenverzekeraar overigens nooit medegedeeld dat sprake zou zijn van een maximale vergoeding, die is gebaseerd op het Nederlandse tarief. Ook is niet gereageerd op de door verzoekster ingediende begroting, anders dan door verstrekking van het S2-formulier.

- 4.6. Tot slot vindt verzoekster dat de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar met zijn verzekerden communiceert zeer te wensen overlaat. Voor telefonisch contact gelden steeds weer lange wachttijden. Op concrete vragen kunnen de medewerkers van de klantenservice geen antwoord geven. Er is ten minste vier keer toegezegd dat verzoekster zou worden teruggebeld, maar dat gebeurde stelselmatig niet. Tot een week vóór de operatie wist verzoekster niet zeker of de gevraagde toestemming zou worden verleend. Toen verzoekster vroeg om een persoonlijk gesprek, werd dit onmiddellijk afgewezen.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat bij haar in juli 2012 een cholestoom is ontdekt. Zij heeft een paar weken later een gesprek gehad met een arts in een Nederlands ziekenhuis. Deze arts wilde zonder verder onderzoek opereren. Omdat hij nog maar tien van deze operaties had uitgevoerd, en verzoekster als het fout zou gaan onder andere een loopoor en een scheef gezicht kon krijgen, heeft zij verzocht om een second opinion. In België kon zij snel terecht, maar hier moest zij een bedrag van € 5.500,- voorschieten. Verzoekster heeft hierover contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, maar door haarzelf voorgeschoten bedragen zouden niet worden vergoed. Zij heeft toen gevraagd om een S2-formulier. In afwachting daarvan heeft zij bij de Belgische arts nog geen goedkeuringsverklaring ondertekend. Op de dag van opname kwam men echter wel met een aanmeldingsformulier, dat verzoekster moest ondertekenen. Hierop is aangekruist dat het ging om een meerpersoonskamer zonder kamersupplement. Uiteindelijk heeft verzoekster van het Belgische ziekenhuis een creditnota ontvangen voor het honorariumsupplement. Door het ziekenhuis was eerder gezegd dat zowel het ziekenfondsgedeelte als het patiëntgedeelte zou worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft een operatie ondergaan in België. Hiervoor is door de ziektekostenverzekeraar toestemming verleend. Deze toestemming is achteraf schriftelijk bevestigd door het verstrekken van een S2-formulier. Dit formulier zorgt ervoor dat een verzekerde recht heeft op zorg in het buitenland, volgens de daar geldende ziektekostenverzekering, in de laagste verpleegklasse. Verzoekster hoefde de kosten niet voor te schieten en betaalt enkel de ter plaatse toepasselijke wettelijke eigen bijdragen, zoals remgelden.
- 5.2. Uit het dossier blijkt dat verzoekster in het ziekenhuis een document heeft ondertekend dat gaat over de keuze voor een kamer en waarin financiële voorwaarden staan. Verzoekster zegt zich niet bewust te zijn geweest van de gevolgen van de ondertekening van dit formulier. In het document is onder punt IV informatie opgenomen over de keuze van de arts. In sommige gevallen kan de keuze voor een bepaalde arts ertoe leiden dat deze een honorariumsupplement mag rekenen. Dit is toegelicht op bladzijde vier. Als een patiënt dit niet wil, kan hij dit laten aantekenen bij punt I op de opnameverklaring. Verzoekster heeft dit niet laten aantekenen, waardoor het Belgische ziekenhuis de honorariumsupplementen in rekening heeft gebracht. Als verzoekster van mening is dat er kosten op de factuur staan die niet terecht zijn, kan zij dit voorleggen aan het ziekenhuis.
- 5.3. Op het moment dat de ziektekostenverzekeraar een S2-formulier afgeeft, bepaalt hij niet vooraf het Nederlandse tarief. Zodra de nota werd ontvangen, heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met het Belgische ziekenhuis. Er was toen geen aanleiding alsnog een Nederlandse DOT productcode vast te stellen. Verzoekster had namelijk getekend voor de mogelijke extra honorariumkosten. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is de nota alsnog voorgelegd aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft vastgesteld dat voor de ondergane ingreep de DOT zorgproductcode 089999065 van toepassing is, met een bijbehorend tarief van € 4.080,18. Aan de hand hiervan is aan verzoekster een bedrag van € 614,33 nabetaald.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat door verzoekster op het formulier is aangekruist dat het ging om een meerpersoonskamer met eventuele honorariumsupplementen. Daarom is

aan verzoekster door het ziekenhuis een rekening gestuurd. Door de ziektekostenverzekeraar is een bedrag van € 3.450,85 betaald aan het ziekenhuis. Verzoekster heeft geen aanspraak op 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 artikel 10 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 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 zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

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

“Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. Deze lijst staat op onze website of kunt u telefonisch opvragen. (...)”

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;

- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)”

8.5. De artikelen 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 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. Vast staat dat aan verzoekster een S2-formulier is verstrekt, zodat niet ter discussie staat dat zij aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten conform de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Naar de commissie begrijpt, zijn de betreffende kosten op basis van dit formulier door het ziekenhuis bij de Belgische mutualiteit gedeclareerd, die deze heeft verrekend met de ziektekostenverzekeraar. Het hierbij gehanteerde tarief van € 3.465,85 moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de Belgische wet- en regelgeving. De commissie kan hierin niet treden.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar is vervolgens, op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering, overgegaan tot een aanvulling tot het Nederlandse tarief, dat hij heeft vastgesteld aan de hand van DOT productcode 089999065 met als omschrijving: "Ontsteking middenoor/gehoorgang / Oper binnen-/middenoor zeer zwaar / ooraandoening". Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat het door hem gecontracteerde tarief € 4.080,18 bedraagt. De gehanteerde DOT productcode komt de commissie - gelet op de bij verzoekster uitgevoerde ingreep - juist voor.
- 9.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat de door haar ondergane ingreep niet - tijdig - in Nederland beschikbaar was, zodat zij aanspraak heeft op volledige vergoeding van de door haar gemaakte kosten. Verzoekster heeft haar stelling echter niet met stukken onderbouwd dan wel anderszins aannemelijk gemaakt, zodat de commissie geen aanleiding ziet haar een hogere vergoeding toe te kennen dan het door de ziektekostenverzekeraar uitgekeerde bedrag van € 4.080,18.
- 9.4. Aangezien de door de ziektekostenverzekeraar toegekende - maximale - vergoeding juist is, kan in het midden blijven of verzoekster al dan niet aan het Belgische ziekenhuis toestemming heeft gegeven voor het in rekening brengen van bepaalde kosten, welke kosten kennelijk apart zijn gefactureerd en niet zijn gedekt onder de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Overigens is ter zitting gebleken dat het Belgische ziekenhuis inmiddels een creditnota heeft gestuurd voor de honorariumsupplementen.

Aannemelijk is dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster voldoende heeft geïnformeerd over het feit dat ook ingeval van afgifte van een S2-formulier een bedrag voor haar rekening zou kunnen blijven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, 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, 4 juni 2014,

Voorzitter