

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, hoogte vergoeding, EU-EER
Zaaknummer	: 2009.00778
Zittingsdatum	: 9 september 2009

Zaak: 2009.00778 (Geneeskundige zorg, hoogte vergoeding, EU-EER)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 15 juli 2008 een door haar in Alicante (Spanje) ondergane knieoperatie te vergoeden tot maximaal 80 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief, te weten € 8.682,73.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts waren ten behoeve van verzoekster bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar enkele aanvullende ziektekostenverzekeringen afgesloten, welke geen dekking bieden voor de door verzoekster ondergane operatie, zodat deze in het vervolg buiten beschouwing blijven.
- 3.2. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar verzocht een knieoperatie, uitgevoerd in Alicante voor een bedrag van € 10.980,--, te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 juli 2008 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de operatie wordt vergoed tot een maximaal bedrag van 80 percent van het gemiddeld in Nederland gecontracteerde tarief, te weten € 8.682,73.
- 3.3. Op 28 augustus 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 oktober 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. Bij brief van 31 maart 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 29 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juni 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 juni 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 12 juni 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 3 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29063979) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de zorgverzekeraar te laten onderzoeken wat het gemiddelde tarief in Nederland is voor de (in Spanje) verrichte knieoperatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 9 september 2009 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 10 september 2009 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 september 2009 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 stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, het volgende. Zij heeft de zorgverzekeraar op 22 juni 2008 verzocht om een garantieverklaring voor de door haar gewenste knieoperatie. Eerst op 17 augustus 2008 kon verzoekster kennis nemen van de reactie van de zorgverzekeraar, welke dateerde van 5 augustus 2008. Haar restten op dat moment slechts elf dagen tot de geplande operatie, waardoor het niet mogelijk was deze nog uit te stellen. Voorts stelt verzoekster dat het Europese Hof van Justitie heeft beslist dat een patiënt zonder toestemming vooraf van de zorgverzekeraar voor kortstondige medische zorg naar het buitenland mag. Zorgverzekeraars zijn verplicht die behandeling te vergoeden. Verder staat het standpunt van de zorgverzekeraar op gespannen voet met het recht van de verzekerde op vrijheid van keuze van een zorgverlener.

Tot slot merkt verzoekster op dat de DBC waarvan de zorgverzekeraar is uitgegaan, gekoppeld is aan een bedrag van € 10.853,41. Indien de behandeling in Nederland was uitgevoerd, was de zorgverzekeraar dit bedrag verschuldigd geweest. Verzoekster kan daarom niet begrijpen waarom slechts 80 percent van dit bedrag wordt vergoed.

4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling nog aangevoerd dat in artikel 18.1.4 van de zorgverzekering is bepaald dat een hogere vergoeding kan plaatsvinden dan waarop op grond van artikel 18.1 aanspraak bestaat. Op grond daarvan kan de zorgverzekeraar een hogere vergoeding verlenen.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoekster een naturapolis heeft afgesloten. Zij heeft daarom aanspraak op verstrekking van zorg door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. In artikel 12.2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is bepaald dat wanneer een verzekerde kiest voor zorg van een persoon of instelling waarmee door de zorgverzekeraar geen contract is afgesloten, en door de zorgverzekeraar voldoende zorg is ingekocht die tijdig kan worden geleverd, de verzekerde aanspraak heeft op een vergoeding die lager kan zijn dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener. In het geval van een knieprothese wordt in een dergelijk geval 80 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief in Nederland vergoed.

5.2. Voor alle behandelingen in het B-segment, waaronder ook – gelijk in het geval van verzoekster – het aanbrengen van een knieprothese valt, is door de zorgverzekeraar voldoende zorg ingekocht. Verzoekster had derhalve de mogelijkheid de door haar gewenste zorg tijdig in Nederland of België te krijgen. In dat geval zou zij niet zijn geconfronteerd met voor haar rekening blijvende kosten.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster van meet af aan goed is geïnformeerd over de vergoeding. Artikel 18.1.4 is van toepassing als door de zorgverzekeraar vooraf toestemming is verleend. Daarvan is in het geval van verzoekster geen sprake.

Met betrekking tot het advies van het CVZ merkt de zorgverzekeraar op dat uit navraag volgt dat het gemiddelde tarief in Nederland voor een dergelijke behandeling € 10.025,-- is. Dit leidt tot een lagere vergoeding dan die welke is toegekend. Het verschil zal niet bij verzoekster worden teruggevorderd.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het resterende bedrag van € 2.297,27 aan verzoekster te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering. Artikel 4 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op (poliklinische) medisch specialistische zorg bestaat. Artikel 18 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden recht op zorg in het buitenland bestaat. De artikelen luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 4 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van tevoren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op vergoeding van 80% van het gemiddeld voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

(...)”

“Artikel 18 Buitenland

(...)

De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de [zorgverzekering] tot maximaal:*
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*
 - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. (...)”*

- 7.3. De artikelen 4 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering en 18 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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 bepaalt dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder

met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De vraag of in het onderhavige geval sprake is van medisch noodzakelijke zorg, in de zin van artikel 22 lid 1 onder a van EG verordening 1408/71, kan in het midden blijven omdat Spanje, het land waar de zorg is genoten, geen vergoedingstarieven heeft vastgesteld. In die situatie geldt artikel 34 lid 5 van de toepassingsverordening (EG-Verordening 574/72), dat bepaalt dat de kosten dienen te worden vergoed overeenkomstig het sociale zekerheidsstelsel van het land waar de ziektekostenverzekering is geregeld, in casu Nederland.
- 7.7. De zorgverzekeraar heeft toegelicht bij zijn vergoeding de DBC-code 05.11.00.1801.0223 te hebben gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving 'Reguliere zorg // Arthrosis / Operatief met klinische episode(n) met gewrichtsprothese' en betreft een DBC-code uit het B-segment, waarbij het tarief voor de ziekenhuiskosten wordt vastgesteld door middel van onderhandelingen tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Het tarief dat de zorgverzekeraar met betrekking tot deze code heeft vastgesteld is het gemiddeld door hem gecontracteerde tarief. De zorgverzekeraar is daarbij in eerste instantie uitgegaan van een bedrag van € 10.853,41. Volgens de polisvoorwaarden heeft verzoekster recht op 80 percent van dit bedrag, omdat de operatie is uitgevoerd door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Het uitgekeerde bedrag ter hoogte van € 8.682,73 is derhalve juist. Achteraf is gebleken dat het gemiddeld gecontracteerd tarief € 10.025,-- is. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld het teveel betaalde bedrag niet bij verzoekster terug te vorderen.
- Verzoekster begrijpt niet waarom zij niet het gehele bedrag krijgt uitgekeerd. In dat kader merkt de commissie op dat verzoekster een naturapolis heeft, waarbij het gebruikelijk is dat de vergoeding lager is wanneer een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt geconsulteerd. De zorgverzekeraar kan de zorg namelijk veelal goedkoper inkopen bij de zorgverleners die hij heeft gecontacteerd, waardoor een lage premie kan worden gerealiseerd. Het is derhalve niet onredelijk dat de zorgverzekeraar in het onderhavige geval slechts 80 percent van het totaal beschikbare bedrag vergoedt.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2009,

Voorzitter