

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, knie-operatie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.02066
Zittingsdatum : 21 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 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, artikel 22 EG-Verordening 1408/71, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 18 september 2008 een operatie aan de knie, uitgevoerd te Antwerpen (België) (hierna: de aanspraak) slechts gedeeltelijk 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 ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 18 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de aanspraak slechts gedeeltelijk te vergoeden, te weten tot een bedrag van € 7.806,59. Verzoeker heeft daarop tweemaal een nota gedeclareerd van € 7.787,32 respectievelijk € 2.459,10. De eerste nota is volledig door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker vergoed; van de tweede nota is een bedrag ter hoogte van € 1.000,-- uitgekeerd.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 10 december 2009 heeft verzoeker 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 zorgverze-

kering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 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 de commissie bij brief van 4 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 maart 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 22 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 19 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010029396) 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 de juiste DBC-code is toegepast. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn 21 april 2010 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 26 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 6 mei 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. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "invaliderende gonarthrose van de rechter knie". Door de arts werd op 27 november 2008 "een non constrained knie implantaat van het Mediplant systeem ingeplant via een subvastus toegangsweg. Dit implantaat is van het gecementeerde type. De patella werd niet bekleed. De achterste kruisband werd behouden".
- 4.2. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat door de ziektekostenverzekeraar bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding voor de tweede nota is uitgegaan van één ligdag op de Intensive Care. Verzoeker is echter direct na de operatie op 27 november 2008 op de Intensive Care opgenomen, en is eerst op 28 november 2008 verplaatst naar de verpleegafdeling. Het betreft derhalve twee ligdagen. Deze opname was nodig, omdat verzoeker kampt met hartproblemen. Verder stelt verzoeker dat hij voorafgaand aan de operatie telefonisch navraag heeft gedaan bij de ziektekostenverzekeraar naar de hoogte van de vergoeding, waarbij

door een medewerker de indruk is gewekt dat volledige vergoeding zou plaatsvinden.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij direct na de operatie op 27 november 2008 naar de IC is gebracht en pas op 29 november 2008 weer naar een andere afdeling. Vanwege de slordige administratie van het ziekenhuis is in eerste instantie slechts één ligdag IC in rekening gebracht. Verzoeker heeft echter drie ligdagen betaald.

- 4.4. 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 soortgelijke zorg in Nederland tijdig mogelijk was, om welke reden geen E 112-formulier op grond van Verordening 1408/71 is afgegeven. Verzoeker heeft aanspraak op vergoeding conform het in Nederland geldende tarief. De hoogte van de vergoeding op basis van de in eerste instantie ingediende begroting is aan de hand van DBC-code 05.11.00.1801.0223 vastgesteld op € 7.806,59. Een aantal maanden later is door verzoeker nog een bedrag van € 2.459,10 gedeclareerd. Daarvan is € 1.000,-- vergoed, op basis van één ligdag op de Intensive Care, zoals vermeld op de nota. Genoemd bedrag is gebaseerd op declaratiecode 190125, en is opgebouwd uit € 599,-- (ziekenhuiskosten) en € 221,-- (honorarium), tezamen € 820,--. Het bedrag is afgerond naar € 1.000,--.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat op de nota van het ziekenhuis slechts één ligdag IC is vermeld ten bedrage van € 300,--. In Nederland wordt voor een ligdag IC een bedrag van € 820,-- vergoed. Om verzoeker tegemoet te komen is een bedrag van € 1.000,-- vergoed.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht slechts gedeeltelijk is vergoed.

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 of de ziektekostenverzekeraar gehouden is ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering voor de tweede operatie een hoger bedrag dan € 1.000,-- te vergoeden.

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 gecontracte-

teerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op:

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*
- *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- *laboratoriumonderzoek,*
- *second opinion. (...)*”

Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.

U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)”

8.3. De artikelen B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. 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 regelt de aanspraak op zorg wanneer een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.6. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“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 is overgegaan tot vergoeding van een bedrag van € 7.806,59 respectievelijk € 1.000,-- kan de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoeker daarvoor een indicatie heeft, onbesproken blijven. Tussen partijen staat niet ter discussie dat de gewenste zorg (tijdig) in Nederland had kunnen plaatsvinden, zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was aan verzoeker een E 112-formulier op grond van EG-Verordening 1408/71 te verstrekken. Daarom dient, waar het gaat om de hoogte van de vergoeding, overeenkomstig artikel B9 van de zorgverzekering te worden uitgegaan van het in Nederland geldende tarief.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar is bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding voor de operatie aan de knie uitgegaan van DBC-code 05.11.00.1801.0223. Deze code heeft als omschrijving: "Reguliere zorg // Arthrosis / Operatief met klinische episode(n) met gewrichtsprothese". Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door middel van afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgverleners. Blijkens het overzicht 'Vergoedingen DBC B-segment' van de ziektekostenverzekeraar is het bijbehorende bedrag voor deze code € 7.806,59. De gehanteerde code met het bijbehorende tarief komt de commissie – gezien de bij verzoeker uitgevoerde operatie – juist voor. Omdat de eerste nota een bedrag van € 7.787,32 vermeldt, is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot vergoeding daarvan.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast aan verzoeker vergoeding verleend voor één ligdag op de Intensive Care Unit. Hij heeft daarvoor de declaratiecode 190125 gehanteerd, met een bijbehorend tarief van € 820,--, en genoemd bedrag coulant verhoogd naar € 1.000,--. Verzoeker heeft betoogd dat hij meerdere dagen op de Intensive Care Unit heeft verbleven, zodat de ziektekostenverzekeraar dienovereenkomstig moet vergoeden. Op de nota van het ziekenhuis van 24 februari 2009 staat: "Intensieve verzorgingseenheid, Ligdag 100%, 28/11/2008 – 28/11/2008, Dagen 1". De commissie maakt daaruit op dat verzoeker slechts één ligdag op de Intensive Care Unit heeft doorgebracht, althans dat hem één ligdag in rekening is gebracht. De ziektekostenverzekeraar dient bij de vergoeding uit te gaan van hetgeen is vermeld op de aanvraag, zodat hij juist heeft gehandeld door verzoeker één ligdag op de Intensive Care Unit te vergoeden.
- 9.4. In totaal heeft de ziektekostenverzekeraar van de kosten van de operatie en het verblijf op de Intensive Care Unit van (€ 7.787,32 + € 2.459,10) € 10.246,42 een bedrag vergoed van (€ 7.787,32 + € 1.000,--) € 8.787,32. Het bedrag dat hij volgens de polisvoorwaarden dient te vergoeden is (€ 7.806,59 + € 820,--) € 8.626,59, zodat de ziek-

tekostenverzekeraar per saldo € 160,73 teveel heeft betaald. De commissie zal in deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet treden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige zorg, zodat de bespreking daarvan kan blijven rusten.

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, 19 mei 2010,

Voorzitter