

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in deze vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, revisie heupprothese, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.01293
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, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door G te H,

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 10 februari 2009 een “Wechsel einer Hüftgelenks-Totalendoprothese septisch”, uit te voeren in Hamburg (Duitsland) (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 Beter Af 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 Beter Af Plus Polis 3 sterren en de Beter Af Tandarts Plus Polis 2 sterren 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 10 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 14.060,--, wordt ingewilligd.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 13 augustus 2009 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.5. Bij brief van 15 september 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 29 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 maart 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 4 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 9 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010020580) 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 gehanteerd, en verzoeker daarom geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 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 9 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 13 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. De behandelend orthopedisch chirurg in Nederland heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "Patiënt heeft een uitgebreide voorgeschiedenis voor wat betreft een geïnfecteerde linker heupprothese. (...) Resumerend heeft patiënt in het verleden een heupprothese gekregen die uiteindelijk geïnfecteerd is geraakt waarna zowel in Harderwijk als bij ons in het UMCU getracht is deze infectie op (...) adequate (...) wijze (...) onder controle te krijgen. Dit is naar onze mening onvoldoende gelukt."
 - 4.2. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij vanwege een slechte linker heup in 1997 een kunstheup heeft gekregen. De kop ging echter uit de kom, waarna een keramische kop is gebruikt. In 2001 kampte verzoeker met pijn. De keramische kop was versplinterd; het medische team had een dergelijke situatie nog nooit meegemaakt. Nieuwe operaties waren noodzakelijk, waarbij antibiotica in de wond werden aangebracht en een nieuwe heup werd geplaatst. In 2005 werd de

nieuwe kunstheup weer verwijderd, en volgden andere operaties. Het duurde zes maanden voordat de infectie leek te zijn verdwenen en een nieuwe kunstheup geplaatst kon worden. Na deze laatste kunstheup ontstond een bloeding, en bleek dat een nieuwe infectie was opgetreden. Volgens het ziekenhuis in Nederland is de enige mogelijkheid die resteert het blijvend wegnemen van de laatste kunstheup, zonder plaatsing van een nieuwe. Zulks zou erin resulteren dat verzoeker invalide wordt.

- 4.3. Verzoeker is op zoek gegaan naar een alternatief. In Hamburg kan men de situatie herstellen. De ziektekostenverzekeraar weigert echter een volledige vergoeding, zodat verzoeker niet in de gelegenheid is deze operatie te ondergaan. Zijns inziens bespaart de ziektekostenverzekeraar kosten door deze operatie te vergoeden, omdat de kosten van blijvende invaliditeit beduidend hoger zijn.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij inmiddels nog een operatie heeft ondergaan in verband met een bacterie die was opgetreden na de verwijdering van de laatste kunstheup. Met deze operatie is nog steeds niet het beoogde resultaat behaald, zodat een operatie in Hamburg nog steeds een optie is. De betreffende arts staat zeer goed bekend. Verzoeker merkt op dat de infectie inmiddels weg is. Het ziekenhuis in Nederland heeft medegedeeld op termijn wellicht bereid te zijn tot plaatsing van een nieuwe kunstheup. Op dit moment is dat echter nog niet mogelijk.
- 4.5. 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 voorgenomen behandeling in Hamburg betrekking heeft op niet spoedeisende medische zorg bij een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Ingevolge de polisvoorwaarden heeft verzoeker aanspraak op een vergoeding tot maximaal 100 percent van het in Nederland voor de behandeling geldende marktconforme tarief. Het betreft een behandeling met de DBC-code 05.11.00.170.30.223, waarbij de ziektekostenverzekeraar met de zorgverleners een bedrag is overeengekomen van € 14.060,--, zodat verzoeker aanspraak heeft op dat bedrag, ten laste van de zorgverzekering.
 - 5.2. De stelling van verzoeker dat behandeling in Nederland niet mogelijk is, treft volgens de ziektekostenverzekeraar geen doel, aangezien de behandelend artsen in Nederland positief staan tegenover de behandeling in Hamburg. Zij achten het plaatsen van een nieuwe heupprothese op dit moment echter niet zinvol, gelet op de nog bestaande infectie in de heup. Aan verzoeker is geen E 112-formulier verstrekt, omdat de privékliniek waar hij de behandeling wenst te ondergaan, deze formulieren niet accepteert.
 - 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het ziekenhuis in Hamburg niet is gecontracteerd, zodat verzoeker slechts recht heeft op vergoeding conform Nederlands tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft genoeg ziekenhuizen gecontracteerd waar een heupoperatie kan worden verricht, zeker nu het probleem van infectie zich niet langer voordoet.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht tot een maximaal bedrag van € 14.060,-- is ingewilligd.

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 de kosten van de door verzoeker gewenste operatie in Hamburg volledig, dan wel tot een hoger bedrag dan € 14.060,-- te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje '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 en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"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. (...)"

Artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"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. (...)"*

8.3. 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 voor-

waarden' 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 gebruik wordt gemaakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.
- 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

- 9.1. Gelet op de onder 8 genoemde verzekeringsvoorwaarden en wet- 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 een vergoeding van € 14.060,-- voor de door verzoeker gewenste operatie heeft toegezegd, kan de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoeker hiervoor een indicatie heeft, onbesproken blijven. Rest de vraag naar de hoogte van de vergoeding, waarover de commissie het volgende overweegt.
- 9.3. Verzoeker heeft gesteld dat de gevraagde zorg niet in Nederland kan worden verkregen. De artsen in Nederland hebben immers gesteld dat de enige mogelijkheid is de bestaande kunstheup te verwijderen zonder het plaatsen van een nieuwe. De ziektekostenverzekeraar heeft in dat kader gesteld dat de zorg wél in Nederland te verkrijgen is.

gen is, en dat de artsen in Nederland positief staan tegenover de behandeling in Hamburg, maar dat zij een operatie niet zinvol achten gezien de nog aanwezige infectie in de heup. De zorg wordt om die reden in Nederland niet geleverd. De commissie is daarom van oordeel dat verzoeker het gevraagde E 112-formulier niet had mogen worden onthouden. Dat de kliniek waar verzoeker de zorg verkrijgt een dergelijk formulier niet accepteert, doet aan de bestaande aanspraken uit hoofde van de bovenaangehaalde verordening niet af. Door de ziektekostenverzekeraar zal moeten worden onderzocht welke vergoeding op grond van de Duitse sociale ziektekostenverzekering mogelijk is.

Voor zover het Nederlandse tarief aan de orde is, overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar bij het vaststellen van de vergoeding op grond van de zorgverzekering de DBC-code 05.11.00.170.30.223 heeft gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving 'Reguliere zorg // Loslating / infectie / malpositie prothese: Bekken / heup / bovenbeen / Operatief met klinische episode(n) met gewrichtsprothese'. Het betreft een code uit het B-segment, waarbij het tarief wordt overeengekomen tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgverleners. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat voor deze code een bedrag is overeengekomen van € 14.060,--. Genoemde DBC-code komt de commissie, gezien de door verzoeker gewenste operatie en de gegevens in het dossier, als juist voor.

De DBC-tarieven worden in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat zulks in voorkomende gevallen niet steeds het geval zal zijn, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Nadat tarifiering heeft plaatsgevonden, zal vergoeding moeten worden verleend op basis van de voor verzoeker meest gunstige regeling, dat wil zeggen conform de verordening dan wel op grond van de polis.

- 9.4. Verzoeker heeft nog gesteld dat het volledig vergoeden van de gewenste behandeling een besparing voor de ziektekostenverzekeraar oplevert, omdat hiermee blijvende invaliditeit wordt voorkomen. De ziektekostenverzekeraar dient bij de beoordeling van de hoogte van de vergoeding echter uit te gaan van de aanspraken uit de verordening respectievelijk de bestaande dekking onder de zorgverzekering. Dit laatste betekent dat noch bij de beslissing op het verzoek door de zorgverzekeraar, noch bij de beoordeling in geschil van die beslissing enige ruimte is voor de vraag of de gewenste behandeling in de toekomst een besparing oplevert.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de door verzoeker gewenste operatie, zodat de bespreking daarvan achterwege kan blijven.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar dient te onderzoeken welk tarief op grond van de Duitse sociale ziektekostenverzekering wordt gehanteerd voor de onderhavige behandeling. Het meest gunstige tarief – dat wil zeggen het Duitse dan wel het Nederlandse van € 14.060,-- – dient aan verzoeker te worden vergoed.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen hiervoor is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 21 april 2010,

Voorzitter