

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, operatie schouders, hoogte
vergoeding
Zaaknummer : 2011.02023
Zittingsdatum : 9 mei 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, artikel 20 Vo 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Vrije Keuze Topfit en Tandfit Module D afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatie aan beide schouders, ondergaan te Müllheim (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 2.102,75 per schouder. Bij e-mail van 28 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar dit bedrag gecorrigeerd naar € 2.488,81 per schouder voor een poliklinische behandeling, en € 3.541,34 per schouder voor een klinische behandeling.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld het bedrag te corrigeren, en een vergoeding te verlenen ten bedrage van € 3.627,15 per schouder.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 18 januari 2012 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).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 maart 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 maart 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 8 maart 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 maart 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012030498) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan die reeds door de ziektekostenverzekeraar aan hem is verleend. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Bij brief van 24 april 2012 heeft verzoeker medegedeeld dat de kwestie alsnog op basis van de in het dossier aanwezige stukken kan worden afgedaan. Bij antwoordformulier van 26 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in Müllheim een operatie aan beide schouders ondergaan, en de kosten hiervan gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft tot driemaal toe verschillende bedragen genoemd, met verschillende DBC-codes. Verzoeker meent dat hem een te lage vergoeding is verleend. Hij benadrukt dat hij niet naar een privékliniek is gegaan. Uit een verklaring van de behandelend arts volgt dat het gaat om een regulier ziekenhuis.
- 4.2. In reactie op het CVZ-advies heeft verzoeker opgemerkt dat – gelet op de operatieverslagen – aan de ene schouder acht ingrepen hebben plaatsgevonden, en aan de andere negen. Per schouder is een uur geopereerd. Ook in Nederland is geconstateerd dat de schouders van verzoeker sterk gedegenereerd waren, en dat hieraan niets te doen was.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Door de ziektekostenverzekeraar is een vergoeding verleend van € 3.627,15 per schouder, conform DBC-code 05.11.00.1495.0213. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat over de juistheid hiervan bij verzoeker verwarring is ontstaan. De medisch adviseur heeft geadviseerd tot hantering van deze DBC-code.

- 5.2. Naar aanleiding van vragen van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar getarifeerd. De tarieven in Duitsland liggen voor een dergelijke behandeling tussen de € 2.400,-- en € 3.200,-- per schouder, afhankelijk van de complexiteit. Door de ziektekostenverzekeraar is derhalve het voor verzoeker meest gunstige tarief gehanteerd.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat het verschil tussen het bij verzoeker in rekening gebrachte bedrag en het tarief dat in Duitsland doorgaans wordt gehanteerd voor deze zorg kan zijn gelegen in het feit dat de zorg is genoten in een privé-kliniek.
- 5.4. 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 'Deel A Algemene Bepalingen' van de zorgverzekering 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 dan wel tot een hoger bedrag dan € 7.254,30 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 5 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan een verloskundige ook verwijzen. (...)"

- 8.4. Artikel 25 van ‘Deel B Omvang Dekking’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Lid 1

U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. [De ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

Lid 2

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:

- 1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of*
- 2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. [De ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.*

Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een Verdragsland. (...)”

- 8.5. De artikelen 5 en 25 van ‘Deel B Omvang Dekking’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van ‘Deel A Algemene Bepalingen’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. Artikel 18 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“[De ziektekostenverzekeraar] vergoedt de hierna omschreven kosten van geneeskundige zorg in het buitenland. (...)”

Voorziene behandelingen

[De ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten:

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de Basisverzekering, als de zorg is verleend in een door [de ziektekostenverzekeraar] erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. (...)”*

8.9. Artikel 20 van Vo 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. Aangezien verzoeker voorafgaand aan de operatie toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, dient te worden getoetst aan Vo 883/2004. In dat kader is ook relevant of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoeker hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had. Gelet op het feit dat de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een gedeeltelijke vergoeding, gaat de commissie veronderstellenderwijs ervan uit dat aan deze voorwaarden is voldaan. Vervolgens dient te worden nagegaan of de ziektekostenverzekeraar verzoeker de gevraagde toestemming heeft mogen onthouden.
- 9.2. Gelet op artikel 20 van Vo 883/2004 dient toestemming te worden verleend voor een behandeling in het buitenland, indien de zorg niet of niet tijdig in het woonland beschikbaar is. Door de ziektekostenverzekeraar is dit onvoldoende onderzocht en is aanvankelijk vergoeding verleend conform artikel 25 van ‘Deel B Omvang Dekking’ van de zorgverzekering, hetgeen inhoudt vergoeding op basis van maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief.
- 9.3. Ter vaststelling van het marktconforme tarief is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 05.11.00.1495.0213 met als omschrijving: *“Reguliere zorg // Instabiliteit: Schoudergordel/bovenarm / Operatief met klinische episode(n)”*. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief was ten tijde van de ingreep (mei 2011) € 3.627,15 per schouder. Gelet op het advies van het CVZ van 21 maart 2012 bestaan meer passende DBC-codes. Deze leiden echter niet tot een hogere, maar tot een lagere vergoeding. Toepassing van een onjuiste DBC-code kan verzoeker echter niet worden tegengeworpen, aangezien hij van de ziektekostenverzekeraar mag verwachten dat deze hier een gedegen onderzoek naar doet. Verzoeker heeft derhalve, aangezien hij aan beide schouders is geopereerd, aanspraak op vergoeding van een bedrag van in totaal € 7.254,30, ten laste van de zorgverzekering. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker voldaan.

- 9.4. Indien de toestemming op grond van Vo 883/2004 ten onrechte is geweigerd, dient door de ziektekostenverzekeraar te worden getarifeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft dit gedaan en de uitkomst hiervan is dat maximaal € 4.800,-- tot € 6.400,-- zou zijn vergoed op basis van de Duitse sociale ziektekostenverzekering. Gelet op het onder 9.3 berekende hogere bedrag, heeft verzoeker hierbij geen belang.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor medisch-specialistische zorg in het buitenland, indien deze is verleend in een door de ziektekostenverzekeraar erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. Verzoeker heeft de onderhavige zorg genoten in een instelling in Müllheim. Nog daargelaten of dit een door de ziektekostenverzekeraar erkend ziekenhuis betreft, bevindt deze instelling zich niet binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens, zodat de daar gemaakte kosten niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komen.

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, 9 mei 2012,

Voorzitter