

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, verblijf eenpersoonskamer, hoogte
vergoeding
Zaaknummer : 2010.02395
Zittingsdatum : 6 juli 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door G

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (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 Royaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling in verband met borstkanker, uitgevoerd te Bad Aibling (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 152.614,69, is ingewilligd. Bij de zelfde brief heeft de ziektekostenverzekeraar haar medegedeeld dat de meerkosten vanwege verblijf in een eenpersoonskamer ten bedrage van € 18.370,-- voor rekening van verzoekster blijven.
- 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 brief van 15 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 8 februari 2011 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 zorgverze-

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

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 12 mei 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 30 mei 2011 respectievelijk 16 juni 2011 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 20 mei 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 8 juni 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011054826) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen medische indicatie had voor verblijf op een eenpersoonskamer.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 9 juni 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 17 juni 2011 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij sinds 2001 bekend is met borstkanker. Zij is vanaf het begin onder behandeling geweest bij de kliniek in Bad Aibling in verband met borstkanker. In mei 2009 is bij verzoekster botmetastasering geconstateerd. Op haar wens en op advies van haar huisarts is verzoekster in juni 2009 voor onderzoek en een mogelijke behandeling naar Duitsland gereisd. Onderzoek in de kliniek wees uit dat de botmetastasering ernstiger was dan aanvankelijk werd gedacht, aangezien sprake was van acuut dreigende fracturen en myelumcompressie. Ook bestond het gevaar van een dwarslaesie.
- 4.2. Verzoekster is behandeld in de kliniek van 7 juni 2009 tot en met 12 juni 2010, met uitzondering van de periode van 30 oktober tot 30 november 2009, toen zij zich vanwege radiotherapie in een kliniek in Bad Trissl in Oberaudorf bevond, en van 22 december 2009 tot en met 4 januari 2010, toen zij tijdelijk in een verzorgingshuis verbleef. In totaal heeft verzoekster 327 dagen in de kliniek in Bad Aibling doorgebracht.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de medische behandeling vergoed, doch heeft geweigerd de kosten van het verblijf in een eenpersoonskamer te vergoeden, omdat onder de geschetste omstandigheden bij behandeling in Nederland evenmin verblijf op een eenpersoonskamer zou hebben plaatsgevonden. Verzoekster heeft onderbouwd waarom verblijf op een eenpersoonskamer noodzakelijk was en waarom de kosten hiervan volledig moeten worden vergoed. Zelfs als in Nederland verblijf op een meerpersoonskamer was geïndiceerd, is onbegrijpelijk waarom de

ziektekostenverzekeraar in het geheel niets heeft betaald. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar in ieder geval de kosten van verblijf op een tweepersoonskamer zou moeten vergoeden dan wel een in redelijkheid te bepalen vergoeding zou moeten verlenen.

4.4. Verzoekster 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 dat in eerste instantie vergoeding is verleend op basis van DBC-code 13.11.00.0811.4403 met een bijbehorend tarief van € 10.778,97. Nadat de medisch adviseur had geconstateerd dat sprake was van spoedeisende zorg, is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot een vergoeding van € 152.614,69. Omdat de meerkosten van een eenpersoonskamer geen verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, blijft een bedrag van € 18.370,-- voor rekening van verzoekster.

5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*

- *de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.*

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 het Zorg Plan 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 1 van de 'aanspraken' en 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.
- 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:

a) wiens toestand verstrekkingen vereist welke tijdens een verblijf op het grondgebied van een andere lidstaat medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf;

(...)

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 or-

gaan 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. Tussen partijen is niet in geschil dat de door verzoekster ondergane behandeling een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat zij hiervoor ten tijde van de behandeling een indicatie had. Naar de commissie begrijpt zijn de kosten hiervan volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. In geschil is enkel de vraag of de meerkosten van het verblijf op een eenpersoonskamer voor vergoeding in aanmerking komen.
- 9.2. De commissie merkt op dat – niettegenstaande de latere stelling van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van spoedeisende zorg – gelet op de verwijzing door de huisarts en de aard van de behandeling sprake was van planbare zorg, zodat op grond van artikel 22, lid 1, onder c van EG-Verordening 1408/71 verzoekster de ziektekostenverzekeraar voorafgaande toestemming diende te vragen. Gesteld noch gebleken is dat dit is gebeurd. Gelet op het arrest Stamatalaki (C-444/05) is vergoeding op grond van eerdergenoemd artikel niet aan de orde en hoeft niet te worden onderzocht of de onderhavige kosten eventueel op basis van de Duitse sociale ziektekostenverzekering zouden zijn vergoed.
- 9.3. Waar het gaat om de aanspraken die verzoekster heeft op grond van de zorgverzekering geldt het volgende.
Uit de overgelegde nota van de kliniek van 30 november 2009 blijkt dat meerkosten voor het gebruik van een eenpersoonskamer zijn berekend in de vorm van een toeslag. Klasseverpleging is in Nederland afgeschaft. Thans kunnen op grond van de Wmg geen meerkosten voor het verblijf op een eenpersoonskamer in rekening worden gebracht. Indien verblijf op een eenpersoonskamer noodzakelijk is, worden de kosten hiervan betaald vanuit het toepasselijke DBC-tarief. Derhalve bestaat geen recht op vergoeding van bedoelde toeslag op grond van de zorgverzekering.
- 9.4. Volledigheidshalve kan nog worden aangetekend dat uit de nota van de kliniek blijkt dat de toeslag voor een eenpersoonskamer € 90,-- per nacht bedraagt. Navraag van verzoekster bij de kliniek leverde een bedrag op van € 110,-- per nacht. Wellicht is het tarief met ingang van 1 januari 2010 verhoogd. Indien wordt uitgegaan van een toeslag van € 90,-- per nacht gedurende 327 nachten, komt de totale toeslag uit op € 29.430,--. Dit bedrag is aanmerkelijk hoger dan het bedrag dat uiteindelijk voor rekening van verzoekster is gebleven, namelijk € 18.370,--. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve meer vergoed dan waartoe hij op grond van de zorgverzekering was gehouden. De commissie zal in die beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet treden.

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, 6 juli 2011,

Voorzitter