

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, artificiële urinaire sfincter
Zaaknummer : ANO07.404
Zittingsdatum : 19 december 2007

Zaak: ANO07.404, geneeskundige zorg, buitenland, artificiële urinaire sfincter

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10 en Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 15 maart 2007 inzake de hoogte van de vergoeding voor de door hem in België ondergane behandeling, te weten het plaatsen van een artificiële urinaire sfincter.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zo, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 15 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat van de door hem ingediende nota voor de onderhavige behandeling ad € 9.183,13, een bedrag van € 3.695,06 wordt vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 5 en 20 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 20 juni 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de rekening van de door hem in België ondergane behandeling volledig te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 17 augustus 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 25 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.

- 3.8. Op 25 september 2007 is verzoek(er een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker op 14 december 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar eveneens op 14 december 2007 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Het CVZ heeft op 23 oktober 2007 zijn advies gegeven en geadviseerd tot afwijzing, omdat verzoeker niet in aanmerking komt voor een hogere vergoeding dan € 3.942,15. Een afschrift hiervan is gelijktijdig op 23 november 2007 aan partijen gezonden.
4. Het standpunt van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is een 62-jarige man die incontinentieklachten heeft na een radicale prostatectomie. Voor de behandeling hiervan door middel van een artificiële urinaire sfincter is hij verwezen naar een uroloog in Leuven (België). Verzoeker is begin november 2006 geopereerd en heeft de daarop betrekking hebbende rekening ter grootte van € 9.183,13 bij zijn zorgverzekeraar gedeclareerd.
- 4.2. Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat zijn zorgverzekeraar daarvan slechts € 3.695,06 wil vergoeden. Hij heeft immers op 14 september 2006 toestemming gekregen voor deze behandeling, en de zorgverzekeraar wist dat een AMS 800® sfincter zou worden geplaatst. Hem is in die brief toegezegd dat het gehele behandeltraject zou worden vergoed, zonder daarbij een bedrag te noemen. Deze mededeling is ook aan het ziekenhuis in Leuven gedaan.
- 4.3. Uit eigen onderzoek is verzoeker voorts gebleken dat door de diverse ziekenhuizen in Nederland, verschillende DBC-codes worden gehanteerd voor de door hem ondergaane behandeling. Uitgaande van het feit dat de behandeling in België goedkoper is dan in Nederland, zoals hem ook telefonisch door de zorgverzekeraar is medegedeeld, concludeert verzoeker dat de rekening van de hele behandeling dient te worden vergoed.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar heeft de vergoeding van de behandeling van verzoeker gebaseerd op DBC-code 06.11.05.00.34.0313, wat overeenkomt met een tarief van € 3.942,15. Deze DBC is achteraf vastgesteld aan de hand van de factuur. Een offerte vooraf is de zorgverzekeraar nimmer ter hand gesteld.
- 5.2. Verzoeker heeft geen navraag gedaan naar de exacte hoogte van het in Nederland geldende tarief, wat hem als vergoeding is toegezegd bij brief van 14 september 2006. Verzoeker is herhaaldelijk medegedeeld dat maximaal de Nederlandse tarieven voor vergoeding in aanmerking komen. Voorts is uit de administratie niet gebleken van enige telefonische toezegging. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het daarom voor verzoeker duidelijk moet zijn geweest dat de meerkosten voor eigen rekening zouden komen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. De beoordeling van het geschil

7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.

Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.

7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Geneeskundige zorg is geregeld in artikel 8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Artikel 8.4 lid 1 bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. Hierin staat, voor zover hier relevant, het volgende bepaald:

*“Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (...) medisch specialisten (...) plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek (...)”
(...)*

Voorts wordt in artikel 8.2 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

“De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.”

7.3. De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 11 onder b van de zorgverzekering dat, voor zover in dit kader relevant, regelt:

“b. Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet-gecontracteerde zorgaanbieder overeenkomstig het WTG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Zorgverzekeraar betreft in zijn vaststelling de gebruikelijke kosten zoals de betrokken aanbieder die in rekening brengt, de gangbare kosten die soortgelijke aanbieders in rekening brengen, en de redelijkheid gegeven de omstandigheden.”

7.4. Vergoeding van kosten van zorg in het buitenland is geregeld in artikel 13 van de zorgverzekering Voor zover hier van belang wordt daarin bepaald:

“Ten aanzien van de vergoeding van kosten van zorg in het buitenland wordt toepas-

sing gegeven aan EG-Verordening 1408/71 (...)

a. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg van een aanbieder buiten Nederland conform artikel 11.

(...)

e. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, volledige vergoeding van kosten van zorg plaats.”

- 7.5. De regeling van de artikelen 8.2, 11 en 13 is volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 van het Bzv. In artikel 2.2 van het Bzv wordt bepaald dat kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn, in mindering worden gebracht op de vergoeding.
Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.7. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in deze procedure in het midden kan blijven. Met het, op 14 september 2006, schriftelijk verlenen van toestemming voor de onderhavige behandeling, tegen het in Nederland geldende tarief, is de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg en de indicatie in dit geschil beantwoord.
- 7.9. Rest enkel nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 06.11.05.00.34.0313 ziet op Reguliere zorg / incontinentie / stress-incontinentie / prolaps / open operatie met klinische episode(n) . Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is – te weten € 2.437,25 – ten tijde van de aanvraag. De commissie is van oordeel dat, gelet ook op artikel 11 onder b van de zorgverzekering, door de zorgverzekeraar de onder de gegeven omstandigheden de meest passende DBC-code is toegepast.
- 7.10. Voorts berust de DBC-systematiek op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Nu alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn inbegrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-code geëigend is.

- 7.11. Het onder 7.9 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, nu het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties, waarbij sprake is van een behandeling in het buitenland, niet per definitie het geval zal zijn, doet geen aanspraak op een hogere vergoeding ontstaan. Feit is immers dat het gehanteerde tarief in de Nederlandse marktomstandigheden toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest. De zorgverzekeraar heeft aangegeven in zijn brief van 8 mei 2006 en in die van 14 september 2006 (verlening machtiging) dat aan verzoeker de kosten zouden worden vergoed tot het maximum van het in Nederland geldende tarief. Uit deze duidelijke en schriftelijk vastgelegde bewoordingen kan verzoeker redelijkerwijs niet de verwachting hebben ontleend dat hem zonder meer de volledige kosten van behandeling in het ziekenhuis te Leuven (België) zouden worden vergoed. Nu in geen van beide brieven informatie was opgenomen over het bedrag van toepasselijke maximumtarief – hetgeen voor de zorgverzekeraar zolang zij niet beschikte over de offerte voor de te ondergane behandeling redelijkerwijs nog niet mogelijk was – had het op de weg van verzoeker gelegen om eventueel zelf, eenmaal in het bezit van een offerte dan wel eerder, zich bij zijn zorgverzekeraar in elk van dat (maximum) tarief op de hoogte te stellen. Gesteld noch gebleken is overigens dat verzoeker een offerte aan de zorgverzekeraar heeft doen toekomen.
- 7.12. Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit per ziekenhuis en per periode een verrekenpercentage vastgesteld. Dit percentage, dat de vorm kan hebben van een toeslag, maar ook van een korting, dient onder andere ter compensatie van onderzoeks- en scholingstaken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld, en is afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds. Nu het verrekenpercentage afhankelijk is van de situatie in het ziekenhuis, en het – anders dan het DBC-tarief – niet rechtstreeks verband houdt met de uitgevoerde behandeling, ziet de commissie geen dwingende reden in geval van behandeling in het buitenland een toeslag of korting toe te passen. Indien echter een zorgverzekeraar, om hem move-rende redenen, van oordeel is dat ter zake van een uit het buitenland afkomstige declaratie een vergoeding inclusief dit verrekentarieff dient te worden vergoed, zoals in dit geval, zal de commissie in die beslissing niet treden.
- 7.13. De mondelinge bevestiging door de zorgverzekeraar van de stelling van verzoeker dat in het algemeen de zorg in België volgens het Belgische socialezekerheidssysteem goedkoper is dan in Nederland, in samenhang met de schriftelijke mededeling van de zorgverzekeraar dat maximaal het in Nederland geldende tarief zal worden vergoed, zonder dat daarbij een bedrag is genoemd, is naar het oordeel van de commissie onvoldoende om daaraan de verwachting te ontleenen dat de kosten voor de onderhavige behandeling te België zonder meer volledig zouden worden vergoed, omdat in België de vergoeding vanuit het socialezekerheidssysteem slechts een gedeelte van de gemaakte kosten dekt. Daarnaast kent België onder meer een systeem van ereloon voor medisch-specialisten dat oploopt naarmate de betreffende medisch-specialist een hogere functie bekleedt.
- 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 januari 2008,

Voorzitter