

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Zwitserland, geneeskundige zorg, enkeloperatie, hoogte
vergoeding
Zaaknummer : 2010.01230
Zittingsdatum : 16 maart 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Optimaal (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 Aanvulling Optimaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tandarts Optimaal afgesloten. De verzekering Tandarts Optimaal is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. 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 een osteotomie van de enkel (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 4.213,14, wordt ingewilligd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 e-mail van 24 september 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog tot een bedrag van € 6.429,-- in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 december 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 december 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 8 december 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 3 januari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010143164) 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. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 maart 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 24 maart 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 maart 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend chirurg heeft het volgende verklaard: "(...) Soortgelijke problemen heeft de patiënt aan de rechter enkel. Radiologisch is er een kanteling opgetreden van de talus in varus, met verdwijnen van de gewrichtsspleet. Bij onderzoek zijn crepitaties te voelen. De enkelfunctie is echter met flexie/extensie 10-0-30 nog goed en het onderste spronggewricht beweegt symmetrisch vergeleken met links. (...)”
- 4.2. Verzoeker stelt dat de door hem geconsulteerde arts tegenwoordig alleen nog in Zwitserland opereert. Dit is de reden dat verzoeker de operatie daar wenst te ondergaan. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde vergoeding van € 4.213,14 is te laag. Verzoeker heeft contact gehad met de St. Maartenskliniek te Nijmegen, waar hij de operatie zou hebben laten uitvoeren indien hij in Nederland was gebleven. Daaruit bleek dat de vergoeding voor deze operatie € 6.429,-- bedraagt. Dit is dan ook het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar dient uit te keren.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ongemotiveerd verschillende vergoedingsbedragen hanteert, en aan verzoeker het laagste tarief wil vergoeden. Bij de afspraken die worden gemaakt tussen de ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieders zal de ziektekostenverzekeraar uitgaan van kwalitatieve overwegingen. De behandelend chirurg is een kwalitatief goede arts, die zorg levert die vergelijkbaar is met die in de St. Maartenskliniek. Om die reden moet

de ziektekostenverzekeraar het tarief vergoeden dat daar zou zijn vergoed.

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 dat de vergoeding van € 4.213,14 is gebaseerd op DBC-code 05.11.00.2001.0213. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft voor deze DBC-code gekozen, omdat deze is gebaseerd op de diagnose gewrichtsslijtage enkel en voet. Het tarief is het marktconforme tarief. Overigens is de ziektekostenverzekeraar ingevolge artikel 35 Wmg niet bevoegd meer uit te keren dan het tarief dat door de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) is vastgesteld.

5.2. Verzoeker heeft niet verzocht om een E 112-formulier, zodat dit niet aan hem is verstrekt. Bovendien voldoet verzoeker niet aan de voorwaarden om daarvoor in aanmerking te komen.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het tarief bij de DBC een gemiddelde is. Ter verklaring van het hogere tarief in de St. Maartenskliniek heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat door hem met verschillende ziekenhuizen afspraken worden gemaakt. Daarbij kunnen hogere of lagere tarieven gelden dan het gemiddelde.

5.4. 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 tot een bedrag van € 6.429,-- 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 artikel 18 van de zorgverzekering. Artikel 18.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in

een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch-specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging (dagopname), alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)

Artikel 18.21 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 aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 3 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. (...)

Artikel 3 lid 2 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- *het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
- *indien en voorzover geen (maximum-)tarief op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)*

8.3. De artikelen 3 lid 2, 18.2 en 18.21 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 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.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

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

8.6. Artikel 3.8 van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“3.8 Buitenland

3.8.1 Tijdens tijdelijk verblijf

3.8.1.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een zorgverzekering te boven gaan en de zorgkosten die volgens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland.

Vergoeding:

- *Volledig voor zorg in een EU, EER of verdragsland.*
- *Tot 2 maal het Nederlandse tarief voor zorg in de rest van de wereld.*

Voorwaarden:

De zorg dient plaats te vinden tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland en slechts bij acute ziekte of ongeval. De zorg dient niet het doel van de reis naar het buitenland te vormen. (...)

- 8.7. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 – welke verordening ten tijde van de aanvraag van kracht was – 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. Tussen partijen is niet in geschil dat de door verzoeker gewenste ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat hij daarvoor een indicatie heeft. Enkel de hoogte van de vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. De vraag is in dat kader allereerst of de ziektekostenverzekeraar gehouden was aan verzoeker een E 112-formulier te verstrekken. De commissie is van oordeel dat voldoende aannemelijk is geworden dat de gewenste zorg niet tijdig in Nederland had kunnen worden geleverd. Gelet op artikel 18.21 van de zorgverzekering is in dat geval het Nederlandse Wmg-tarief van toepassing.
- 9.3. Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg worden zogenoemde A- en B-DBC's onderscheiden. De DBC's uit het A-segment worden vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza). De DBC's uit het B-segment zijn daarentegen vrij onderhandelbaar. De tarieven komen tot stand door onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code is 05.11.00.2001.0213, met als omschrijving: “Reguliere zorg // Arthrosis: Enkel en voet / Operatief met klinische episode(n)”. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Gelet op de bij verzoeker uitgevoerde ingreep en het advies van het CVZ van 3 januari 2011, komt deze DBC-code de commissie juist voor. De ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van een bijbehorend tarief van € 4.213,14. Dit betreft het tarief van maart 2010. De commissie begrijpt dat de ingreep inmiddels heeft plaatsgevonden. Onduidelijk is op welke datum dit is gebeurd, zodat de commissie de hoogte van het tarief niet kan vaststellen. Verzoeker heeft aanspraak op het tarief dat van toepassing is ten tijde van de ingreep. Het tarief is de raadplegen op de website van de Nza.

- 9.4. Zoals de ziektekostenverzekeraar terecht heeft gesteld, is hij ingevolge artikel 35 lid 3 Wmg niet bevoegd meer te vergoeden dan de door de Nza vastgestelde tarieven.
- 9.5. Zo er al sprake is van een afwijkend tarief dat mag worden gedeclareerd door de St. Maartenskliniek is dit niet relevant, aangezien de behandeling niet aldaar heeft plaatsgevonden en er dus geen aanleiding is een ander tarief te hanteren dan het onder 9.3 bedoelde. Het door verzoeker ingebrachte kwaliteitsaspect is niet relevant, aangezien de tarieven in het A-segment – als gezegd – een gegeven vormen en het vergoeden van een hoger bedrag dan het maximumtarief is verboden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor zorg in het buitenland indien het gaat om een acute ziekte of een ongeval, en de zorg niet het doel is van de reis. Daarvan is bij verzoeker geen sprake, zodat het verzoek niet op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 april 2011,

Voorzitter