

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw mr. C te D,
tegen E en F, beide te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, heupoperatie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.02370
Zittingsdatum : 17 april 2013

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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw mr. C te D,

tegen

1) E te G en

2) F te G,

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 de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Comfort en Tand Compact afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 7:944 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 heupoperatie, ondergaan te Gent (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 6.382,81.
- 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 augustus 2012 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 7 januari 2013 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 zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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 februari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 februari 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 27 februari respectievelijk 7 maart 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 14 februari 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 maart 2013 (zaaknummer 2013023012) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar niet de meest passende DBC productcode is gehanteerd. De code 131999052 is passender. Een afschrift van het CVZ-advies is op 28 maart 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 5 april 2013 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze e-mail is ter kennisname aan verzoekster gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. De behandelend arts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: *“(...) belangrijke encrclerende arthrose van de linker heup. Functioneel en qua pijn is dit zeer invaliderend. Er is nog een beperkte beweeglijkheid van 100° flexie, een lichte flexiecontractuur (-0), een beperkte abductie en adductie (+ 5,10 graden), alsook een beperkte/afwezige exo- en endorotatie (10,10). Er is een abductiecontractuur van 0 graden. Er is geen positieve Trendelenburg. Op heden gaat het nog maar pas om de schoenen aan te doen, en wordt de functie, gezien de leeftijd van de patiënt, toch sterk beperkt. Op een functionele heupscore qua pijn, functie en beweeglijkheid scoort hij/zij nog slechts 35 op 100. De röntgenopname toont een encrclerende arthrose met een destructie van het heupgewricht en multipele geoden in de femurkop en acetabulum. Hierbij gebeurt dus best een totale heupprothese. (...)”*
 - 4.2. In maart 2012 is bij verzoekster artrose vastgesteld. In mei 2012 werd de pijn steeds heftiger. Dit is de reden dat zij contact heeft gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Gelet op de hevige pijnen was het voor verzoekster noodzakelijk op zeer korte termijn een operatie te ondergaan. In Nederland bestond daarvoor geen mogelijkheid, maar in Gent wel. De kosten van de ingreep zouden € 9.260,- bedragen. Op 19 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar toestemming gegeven. Verzoekster is op 27 juni 2012 in het ziekenhuis te Gent geopereerd. De kosten van deze operatie beliepen uiteindelijk € 7.854,48.
 - 4.3. De behandelend arts heeft op 6 juni 2012 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een S2-formulier. Deze aanvraag is door de ziektekostenverze-

keraar niet getoetst aan artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. De reden hiervan is door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende toegelicht. Het is aan de ziektekostenverzekeraar aannemelijk te maken dat de zorg tijdig in Nederland beschikbaar is. Het niet voldoen aan dit vereiste leidt tot de conclusie dat de toestemming moet worden geacht te zijn gegeven.

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. Verzoekster heeft zelf ervoor gekozen naar België te reizen voor behandeling. Zij heeft niet verzocht om zorgbemiddeling. Gelet op de Treeknormen is de aanvaardbare wachttijd voor deze behandeling zeven weken. Deze termijn is niet overschreden. Aangezien verzoekster in Nederland al onder behandeling was, was zij ermee bekend dat verdere behandeling ook alhier mogelijk is. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar geen S2-formulier afgegeven.

5.2. De verleende vergoeding is gebaseerd op DBC productcode 199299054 met een bijbehorend tarief van € 6.382,81. Uit de rekening van het Belgische ziekenhuis blijkt dat een bedrag van € 1.363,54 betrekking heeft op supplementen. Deze vallen in België niet onder de sociale ziektekostenverzekering, en blijven voor rekening van de verzekerde. Ook als aan verzoekster wel een S2-formulier was afgegeven, was derhalve geen hogere vergoeding verleend.

5.3. Bij e-mailbericht van 5 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld zich te kunnen vinden in het CVZ-advies. Bij de hierin genoemde DBC-code hoort een tarief van € 8.633,61. Verzoekster heeft een bedrag van € 7.848,48 gedeclareerd. Omdat niet meer kan worden vergoed dan de werkelijke kosten, zal dit leiden tot een nabetaling van € 1.465,67.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. In artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoekster zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoekster hierop bij brief van 17 januari 2013 gewezen. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 23 januari 2013 bevestigd dat zij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

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 in de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 2 van de 'lijst van verstrekkingen' 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:

“medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.(...)”

- 8.4. Artikel 14 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene Voorwaarden van een zorg-aanbieder of instelling buiten Nederland.(...)”

- 8.5. Artikel 7 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“2 a De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten;
 b De vergoeding van kosten vindt plaats op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, en voorts – tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief, danwel – indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

3 a Verzekerden hebben desgevraagd recht op zorgbemiddeling. Ook indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden. Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend, medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren; (...)”

- 8.6. De artikelen 2 en 14 van de ‘lijst van verstrekkingen’ van de zorgverzekering en 7 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit, heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. Artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van spoedeisende zorg in het buitenland, voor zover het Nederlandse tarief dat vanuit de zorgverzekering wordt vergoed niet kostendekkend is.
- 8.10. Artikel 20 van Vo. nr. 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. Er is sprake van planbare zorg; verzoekster is naar een andere lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

- 9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft voldoende aannemelijk gemaakt, en tijdig aan verzoekster medegedeeld, dat het hier verzekerde zorg betreft die tijdig in Nederland beschikbaar was zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was een S2-formulier af te geven. Daarom dient te worden getoetst aan artikel 14 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering.
- 9.3. Volgens genoemd artikel, gelezen in verbinding met artikel 7 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, bestaat aanspraak op maximaal het Nederlandse Wmg-tarief dan wel, bij ontbreken hiervan, op het Nederlandse markconforme bedrag. De ziektekostenverzekeraar is bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van DBC productcode 199299054. Deze productcode heeft als omschrijving: *"Oper heup / bekken overig (zeer) zwaar / met VPLD / Letsel overig"*. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De bijbehorende vergoeding heeft de ziektekostenverzekeraar vastgesteld op € 6.382,81.
- 9.4. Gelet op het advies van het CVZ van 27 maart 2013 is de DBC productcode 131999052 passender. Hierbij hoort de volgende omschrijving: *"Totale heup operatie / Implantatie heupprothese bij artrose / Met VPLD / Botspierstelsel ziekte / laat gev trauma"*. Het betreft eveneens een code uit het B-segment. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat hierbij een tarief van € 8.633,61 hoort.
- 9.5. Verzoekster heeft verklaard dat de gemaakte kosten € 9.260,-- hebben belopen, en heeft hiervoor verwezen naar een brief van het ziekenhuis. Hierbij betreft het echter een begroting, en niet de uiteindelijke nota. Gelet op de nota's in het dossier en de verklaring van verzoekster van 17 september 2012 belopen de kosten in totaal een bedrag van € 7.854,48 (€ 6.276,48 + € 89,-- + € 89,-- + € 1.400,--). Door de ziektekostenverzekeraar is een bedrag van € 6.382,81 vergoed, zodat verzoekster in aanmerking komt voor een nabetaling van € 1.471,67. De commissie merkt hierbij op dat de ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van hetgeen bij hem is gedeclareerd. Verzoekster heeft op het declaratieformulier genoteerd dat het zou gaan om tweemaal een bedrag van € 86,-- in plaats van € 89,--. Dit verklaart het verschil van € 6,-- met het toegezegde bedrag van € 1.465,67.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Aangezien de bij verzoekster uitgevoerde operatie gepland was, en artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering alleen dekking biedt in geval van spoedeisende zorg in het buitenland, kan het verzoek niet op basis van die verzekering worden toegewezen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster een bedrag van € 1.471,67 alsnog dient te betalen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster een bedrag van € 1.471,67 dient na te betalen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

Zeist, 17 april 2013,

Voorzitter