



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Anderzorg N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, maculadegeneratie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201502975
Zittingsdatum : 21 juli 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Anderzorg N.V., en
 - 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis (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 Extra en Tand afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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 laserbehandeling in verband met maculadegeneratie, ondergaan te Peine, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 10 maart en 15 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen. Bij brief van 18 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak alsnog gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 276,07.
- 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 e-mailbericht van 30 juni 2015 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 26 januari 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 276,07, 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 e-mailbericht van 24 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is dezelfde dag aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 juni 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 juni 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 1 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 27 juni 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016071675) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat DBC 079799039 het meest passend is.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 29 juni 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is bekend met maculadegeneratie. In verband hiermee is zij op 18, 19 en 20 februari 2015 behandeld te Peine.
- 4.2. De nota van de behandelingen heeft verzoekster ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan afgewezen omdat geen verwijsbrief van de huisarts aanwezig was. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 10 mei 2015 gewezen op de verwijsbrief voor de behandelingen uitgevoerd op 4 en 5 mei 2015. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afgewezen, wederom op grond dat een verwijzing ontbrak. Verzoekster heeft op 1 juni 2015 hiertegen bezwaar gemaakt, waarna de kosten alsnog gedeeltelijk zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Het is verzoekster niet duidelijk waarom de kosten niet volledig zijn vergoed. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd dit toe te lichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 30 juni 2015 medegedeeld dat spoedeisende zorg in het buitenland vanuit de zorgverzekering wordt vergoed tot het Nederlandse tarief. De kosten van de behandelingen die verzoekster heeft ondergaan bedragen in Nederland € 276,07.
- 4.3. Verzoekster kan zich niet vinden in de argumentatie van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de hoogte van de vergoeding. Zij stelt in dat verband dat het geen spoedeisende zorg betrof. Verzoekster is door de huisarts verwezen naar de zorgaanbieder in Duitsland omdat de betreffende behandeling niet in Nederland wordt uitgevoerd. Verder is de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC-zorgproductcode niet correct. In de situatie van verzoekster is sprake van maculadegeneratie en niet van een ziekte van het netvlies, het vaatvlies of het glasachtig lichaam van het oog. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar niet gecommuniceerd met verzoekster over de vergoeding van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar geen antwoord gegeven op haar vraag waar in Nederland de betreffende behandeling wordt uitgevoerd. Verzoekster is dan ook van mening dat de nota volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 276,07, dient te worden vergoed.
- 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. Voor de door verzoekster genoten planbare medische zorg is een voorafgaande verwijfsbrief van de huisarts nodig, ongeacht of deze zorg in het buitenland wordt afgenomen. De verwijfsbrief van de huisarts van verzoekster is op 28 april 2015 afgegeven. Nota's die betrekking hebben op planbare medische zorg in het buitenland voorafgaand aan deze verwijfsbrief zijn daarom terecht afgewezen. In de onderhavige procedure staat dan ook uitsluitend de vergoeding van de factuur van 5 mei 2015 centraal. Het gaat om een factuur van € 963,53.
- 5.2. Voor planbare medische zorg in het buitenland is onder andere artikel 20 Vo. nr. 883/2004 van belang. Een verzekerde dient op basis van dit artikel voorafgaande toestemming voor een behandeling te vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Vaststaat dat dit niet is gebeurd. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom geen toestemming kunnen afgeven (door middel van een zogenoemd S2-formulier). Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar door het gedrag van verzoekster niet kunnen tarifieren. De ziektekostenverzekeraar is in deze omstandigheden in het geheel niet gehouden om de factuur te vergoeden. Om verzoekster tegemoet te komen is evenwel beoordeeld welke vergoeding zij bij een vergelijkbare behandeling (DBC 079799039: *laserbehandeling van grote delen van het netvlies (focale laser) bij een oogontsteking ziekte van het netvlies/vaatvlies/glasachtig lichaam in het oog*) zou hebben ontvangen in Nederland (bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder). Dit is bedrag is (75% van € 368,09 =) € 276,07.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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, althans tot een hoger bedrag dan € 276,07, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen onder andere wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Medisch specialistische zorg

(...) Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,*
- behandeling,*

- materialen die de medische specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen, laboratoriumonderzoek, (...)

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapten. Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen. Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u vooraf een verwijzing van een tandarts nodig. Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. (...)

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

1. Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze lijst vindt u op www.zn.nl. Om welke behandelingen gaat het?

- **Oogheelkunde** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), verworven ptosis, ooglidcorrecties. (...)"

- 8.4. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen voorts wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Anderzorg gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)"

- 8.5. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen verder de aanspraak op vergoeding indien de zorg wordt afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De betreffende passage luidt:

"Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten, dan vergoedt Anderzorg de kosten tot een maximumbedrag. Anderzorg vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Anderzorg gemiddeld voor die

behandeling heeft gecontracteerd. Op onze website www.anderzorg.nl/vergoedingen kunt u hierover meer informatie vinden. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Let op

Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking."

- 8.6. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 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 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. Verzoekster is naar Duitsland, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.2. De zorgverzekering biedt aanspraak op medisch specialistische zorg, waaronder ooglaserbehandelingen, waarvoor een toestemmingsvereiste geldt. Dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft, vormt geen onderwerp van geschil. Verzoekster is niet tegengeworpen - althans in het kader van de zorgverzekering - dat voorafgaand niet om toestemming voor de behandelingen is gevraagd, aangezien de ziektekostenverzekeraar de kosten uiteindelijk voor een deel heeft vergoed. Hoewel het hier planbare zorg betreft, waarvoor een voorafgaande verwijzing door de huisarts of een medisch specialist vereist is, en verzoekster een verklaring van de huisarts heeft overgelegd die dateert van na de start van de behandelingen, wordt het niet voldoen aan dit formele vereiste haar door de ziektekostenverzekeraar niet langer tegengeworpen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is derhalve enkel nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling hiervan uitgegaan van de DBC-zorgproductcode 079799039 met als omschrijving: *"Laserbehandeling van grote delen van het netvlies (focale laser) bij een oogontsteking ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog"*. 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. Gelet op de behandelingen die hebben plaatsgevonden, namelijk *"Lichtkoagulation en Retinale Laser Stimulation"*, komt de gehanteerde DBC-zorgproductcode de commissie juist voor. Dit laatste wordt door het Zorginstituut bevestigd in het advies van 27 juni 2016. Door verzoekster is weliswaar betoogd dat een andere DBC-zorgproductcode zou moeten worden toegepast, doch zij heeft deze stelling verder niet onderbouwd. Anders dan verzoekster stelt, is maculadegeneratie een aandoening van het netvlies. De verklaring van verzoekster dat zij nimmer is geïnformeerd over de DBC-systematiek, maakt het voorgaande niet anders. Aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden had zij hiermee bekend kunnen zijn.
- 9.3. Het tarief behorend bij genoemde DBC-zorgproductcode is € 368,09. Omdat verzoekster de zorg heeft betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heeft de ziektekostenverzekeraar een korting van 25 percent toegepast en aan verzoekster een vergoeding verleend van € 276,07. Deze vergoeding is verrekend met het nog openstaande eigen risico 2015. Dit eigen risico vormt geen onderwerp van geschil.
- 9.4. Door verzoekster is verder aangevoerd dat zij door de ziektekostenverzekeraar nimmer is geïnformeerd over de vergoeding van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie dat in de voorwaarden duidelijk is bepaald dat indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, de ziektekostenverzekeraar maximaal 75 percent vergoedt van het door hem gecontracteerde tarief voor die behandeling. Het lag op de weg van verzoekster kennis te nemen van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.5. Het argument van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar haar geen antwoord heeft gegeven op de vraag waar in Nederland de betreffende behandeling wordt uitgevoerd, brengt hierin geen verandering. Indien verzoekster een probleem ondervond met het verkrijgen van de verzekerde zorg, lag het op haar weg de ziektekostenverzekeraar tijdig aan te spreken op zijn zorgplicht, opdat hij haar had kunnen begeleiden naar een gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoekster heeft dit evenwel nagelaten en gekozen voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, met de hieraan voor haar verbonden financiële consequenties.

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, 21 juli 2016,



A.I.M. van Mierlo

