

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, behandeling in verband met
chronische granulerende mastoïditis, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.00949
Zittingsdatum : 31 oktober 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo 883/2004, art. 56 VWEU)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw).

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV SPF 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling in verband met chronische granulerende mastoïditis, ondergaan te Kleve (Duitsland) (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 264,74 respectievelijk € 2.904,06.

3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 december 2011 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 brief van 7 juli 2012 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 23 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 augustus 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 september 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 27 augustus 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 5 september 2012 (zaaknummer 2012100094) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code heeft gehanteerd, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding. 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 31 oktober 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 2 november 2012 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 12 november 2012 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 huisarts heeft op 23 augustus 2011 het volgende verklaard: *“Graag u[w] behandeling bij deze patiënt die een slecht li oor [heeft] en op dit moment aan het re oor problemen. Hij is doof re en het oor loopt. Bij onderzoek is er een perforatie re met veel pus in de gehoorgang. Na 1 week augmentin is er nog geen verbetering. Hij hoort nu bijna niets en daarom graag u[w] verdere behandeling”*.
- 4.2. Vanwege een wachtlijst in het ziekenhuis in de buurt van zijn woonplaats, heeft verzoeker zich laten behandelen in Duitsland. Verzoeker heeft dit gemeld bij de ziektekostenverzekeraar. Na declaratie van de nota's blijkt slechts een gedeelte te worden vergoed. Verzoeker is het niet eens met de toepassing van een strafkorting van 20 percent, aangezien dit in strijd is met Europese regelgeving. Een en ander volgt uit uitspraken van het Europese Hof van Justitie en de Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende zorg (hierna: de Patiëntenrichtlijn).

De ziektekostenverzekeraar is op dit argument niet ingegaan, en volstaat met verwijzing naar de relevante polisvoorwaarden.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het in de eerste plaats gaat om de vraag of de Europese Richtlijn onder- of bovengeschied is aan de Zvw. Ten tweede heeft een gesprek plaatsgevonden met een bij naam genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar, die de behandeling heeft goedgekeurd, zij het met een korting van 20 percent. Het derde punt betreft de kosten van de nacontrole en de verwijzing door de audicien. Het betreft hier een bedrag van circa € 300,--, dat niet is betaald.
- 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. Aangezien de door verzoeker gekozen Duitse zorgverlener niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar, bestaat aanspraak op maximaal 80 percent van het Nederlandse marktconforme tarief. Dit tarief is vastgesteld aan de hand van de DBC-codes 02.11.00.0014.0111 en 02.11.00.0014.0213 met bijbehorende bedragen van € 330,93 en € 3.630,08.
 - 5.2. De toegepaste korting is niet in strijd met Europese regelgeving, omdat in artikel 2.2 Bzv is bepaald dat geen recht bestaat op een hoger tarief dan het Nederlandse marktconforme tarief. De korting geldt bovendien voor alle niet-gecontracteerde zorgverleners.
 - 5.3. De door verzoeker genoten zorg is tijdig te verkrijgen bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Verzoeker had contact kunnen opnemen met de huisarts of een zorgadviseur van de ziektekostenverzekeraar voor wachtlijstbemiddeling.
 - 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij geen uitspraken doet over de rangorde van regelgeving. Voor de toegepaste korting geldt dat de zorg tijdig in Nederland beschikbaar was, en dat de korting non-discriminatoir is aangezien deze wordt toegepast bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders in en buiten Nederland. Bij verzoeker is kennelijk sprake van een andere beleving van noodzaak en spoedeisendheid.
 - 5.5. 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 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 dan wel tot een hoger bedrag dan € 3.168,80 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek. (...)

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 dat specialistische zorg biedt. Let op: zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van specialistische zorg. [De ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...)

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [de ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:

- zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 80% van het tarief wordt vergoed,
- zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. (...)

- 8.4. Artikel B9 regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“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 [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of

- recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.”

- 8.5. De artikelen B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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 kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.7. 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.
- 8.8. Artikel 20 van Vo 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. Niet in geschil is dat de in Kleve aan verzoeker verleende zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat hij daarvoor een indicatie had. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 23 augustus 2011 medegedeeld dat hij op 25 augustus 2011 een consult zou hebben bij de KNO-arts in Duitsland. Hij heeft hierbij een kopie gevoegd van een verwijzing van de huisarts. Bij brief van 1 september 2011 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar medegedeeld ook op 31 augustus 2011 een andere arts in Duitsland te hebben bezocht (op doorverwijzing van de arts die hij op 25 augustus 2011 bezocht). Verder heeft hij medegedeeld op 5 september opnieuw een consult te hebben bij deze laatste arts. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 4 september 2011 medegedeeld dat een gedeeltelijke vergoeding mogelijk is, ter hoogte van € 264,74. De operatie vond plaats op 13 september 2011.
- 9.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar niet verzocht om wachtlijstbemiddeling. Evenmin is gebleken dat hij op enige andere wijze heeft getracht zorg te verkrijgen binnen Nederland. Om die reden mocht de ziektekostenverzekeraar verzoeker het S2-formulier onthouden, waarop recht bestaat ingevolge artikel 20 Vo 883/2004, en welk formulier aanspraak geeft op vergoeding volgens de sociale ziektekostenverzekering van de staat van verblijf,.
- 9.4. Voor vergoeding op basis van artikel 56 van het Verdrag inzake de Werking van de Europese Unie (VWEU) is bij extramurale zorg geen voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig. Bij intramurale zorg is dit wel het geval. Op basis van dit verdrag bestaat bij zorg in een andere EU-lidstaat aanspraak op maximaal het in het woonland verzekerde tarief.
- 9.5. Ter vaststelling van het Nederlandse tarief is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de DBC-codes 02.11.00.0014.0111 en 02.11.00.0014.0213 met als omschrijving: *“Reguliere zorg // Chronische otitis media / Poliklinisch”* respectievelijk *“Reguliere zorg // Chronische otitis media / Klinisch met therapeutische verrichting”*. Het betreft DBC-codes uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. De bijbehorende tarieven zijn € 330,93 en € 3.630,08. De ziektekostenverzekeraar is conform het bepaalde in artikel B24 van de zorgverzekering overgegaan tot vergoeding van 80 percent van deze bedragen, te weten € 264,74 respectievelijk € 2.904,06. De gehanteerde DBC-codes komen de commissie – gelet op de aan verzoeker verleende zorg – juist voor. De DBC-systematiek wordt in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat dit niet steeds het geval zal zijn, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.
- 9.6. Verzoeker acht de korting van 20 percent op de vergoeding in strijd met Europese regelgeving. Aangezien de ziektekostenverzekeraar deze korting op alle niet-gecontracteerde zorgverleners toepast, dat wil zeggen zowel in Nederland als daarbuiten, levert dit naar het oordeel van de commissie geen beperking op van het vrije

verkeer van diensten. De door verzoeker genoemde Patiëntenrichtlijn is nog niet geïmplementeerd, terwijl de termijn voor implementatie nog niet is verstreken. Een rechtstreeks beroep op de bepalingen van een richtlijn is niet mogelijk.

- 9.7. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, bestaat geen aanspraak op een hogere vergoeding conform de Europese regelgeving, aangezien verzoeker niet voldoet aan de in dat verband gestelde voorwaarden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.9. 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 november 2012,

Voorzitter