

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding, zittend zieken-
vervoer
Zaaknummer : 2010.00062
Zittingsdatum : 6 oktober 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.14 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 bestreden beslissing

Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een “neurochirurgische herniaoperatie”, uit te voeren in Keulen (Duitsland) (hierna: de aanspraak) en heeft in latere instantie aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 juni 2009 medegedeeld de herniaoperatie slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 2.661,65, te vergoeden. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 24 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld de kosten van zittend ziekenvervoer niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (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 50+ en Tandarts Collectief afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. Bij brief van 30 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 2.661,65 wordt ingewilligd.

3.3. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 24 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Verzoeker heeft bij de bemiddeling ook verzocht om vergoeding van de gemaakte reiskosten. De ziektekos-

tenverzekeraar heeft zijn eerdere standpunt gehandhaafd, en heeft tevens medegedeeld geen vergoeding te verlenen voor het zittend ziekenvervoer.

- 3.5. Bij brief van 17 mei 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, alsmede vergoeding te verlenen voor het zittend ziekenvervoer, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 augustus 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. Bij brief van 23 september 2010 heeft hij medegedeeld dat het bindend advies alsnog op basis van de aanwezige stukken kan worden uitgebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft bij antwoordformulier van 29 september 2010 medegedeeld af te zien van de mogelijkheid gehoord te worden.
- 3.9. Bij brief van 13 augustus 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 30 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010204313) 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 niet in aanmerking komt voor een hogere vergoeding. Voor het zittend ziekenvervoer is door verzoeker geen zorgadvies gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, zodat de kosten daarvan niet voor vergoeding in aanmerking komen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 15 september 2010 aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: *“Stenose durch BSV L2/3 cranialer Sequester links mit L3 Kompression”*.
- 4.2. Op 2 juli 2009 heeft de operatie waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker stelt dat hij voor deze spoedeisende operatie het snelst terecht kon in Keulen. De ziektekostenverzekeraar is gehouden het volledige Nederlandse tarief te betalen, aangezien dit bedrag ook verschuldigd zou zijn geweest indien verzoeker de operatie in Nederland had ondergaan. Bij het afsluiten van de verzekering was het verzoeker niet duidelijk dat bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener

slechts 75 percent van het Nederlands tarief wordt vergoed. Het lag op de weg van de ziektekostenverzekeraar hem daarover te informeren.

4.4. Verzoeker heeft tweemaal moeten afreizen naar Keulen over een afstand van 212 kilometer enkele reis. Volgens de polisvoorwaarden heeft hij aanspraak op vergoeding van deze kosten.

4.5. 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 geen sprake was van spoedeisende, maar van geplande zorg. Deze zorg was tijdig beschikbaar bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Om die reden heeft verzoeker volgens de polisvoorwaarden aanspraak op 75 percent van het Nederlands tarief, hetgeen aan hem is uitgekeerd. Het lag op de weg van verzoeker informatie in te winnen over de door hem afgesloten zorgverzekering.

5.2. Verzoeker heeft geen aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer. Hij behoort niet tot één van de in de polisvoorwaarden genoemde specifieke categorieën, en voldoet niet aan de formule van de hardheidsclausule. Ook anderszins is geen sprake van een onbillijkheid van overwegende aard indien de kosten van het vervoer voor rekening van verzoeker blijven.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de beslissing de herniaoperatie gedeeltelijk te vergoeden en geen vergoeding te verlenen voor zittend ziekenvervoer terecht is.

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 volledig in te willigen, alsmede de kosten van het zittend ziekenvervoer te vergoeden, 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer

en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. U hebt hierbij ook recht op de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook hebt u tijdens de periode van opname recht op de paramedische zorg (...), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen.(...)

Als u zorg ontvangt van een ziekenhuis waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal een bepaald percentage. Zie artikel 17.5. Het is mogelijk dat u een deel zelf moet betalen. (...)

Artikel 11 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u in Nederland woont, hebt u recht op:

- a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;*
- b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.*

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. (...)

Artikel 39 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “a. U hebt recht op het zittend ziekenvervoer per eigen auto, huurauto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand. (...)*
- c. Voor het zittend ziekenvervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,28 per kilometer. (...)*

Het zittend ziekenvervoer is nodig omdat:

- a. u een nierdialyse moet ondergaan;*
- b. u behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan;*
- c. u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen en dus niet met aangepast vervoer. (...)*
- d. uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. (...)*

In bepaalde gevallen is de zogenaamde “hardheidsclausule” van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer vergoed krijgt bij de behandeling van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening. Wij bepalen dan aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op zittend ziekenvervoer. (...)

Artikel 17.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgverlener en luidt, voor zover hier van belang:

“Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten terwijl u de passende zorg van goede kwaliteit tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten? In dat geval verlagen wij de vergoeding met 25 (vijfentwintig)

percent. Wij vergoeden dus 75 (vijfenzeventig) percent van de zorg gerekend over het laagste van het volgende tarief/bedrag:

- a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of
- b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld geen of een hoger (maximum-)tarief bestaat. Het "marktconform bedrag" is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. (...)"

8.3. De artikelen 11, 17.5, 20 en 39 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. 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. Zittend ziekenvervoer is naar inhoud en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

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

8.6. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 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. De herniaoperatie van verzoeker was weliswaar medisch noodzakelijk, doch niet spoedeisend in die zin dat hij geen enkel uitstel duldde. Daarom is in dit geval sprake van planbare zorg.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aannemelijk gemaakt dat de betreffende zorg tijdig in Nederland beschikbaar was. Binnen enkele dagen kon een afspraak gemaakt worden. De datum van deze afspraak lag slechts vier dagen na de datum waarop de onderhavige operatie is uitgevoerd. Een en ander leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was aan verzoeker een zogenoemd E112-formulier te verstrekken ter effectuering van de rechten uit EG-Verordening 1408/71. Op basis van de polisvoorwaarden bestaat daarom aanspraak op maximaal het in Nederland geldende tarief.
- 9.3. Bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de DBC-code 08.11.00.2505.0023 met als omschrijving: “reguliere zorg // HNP chemonucleolysis en percutane nucleotomie of minimal invasive / Operatief met klinische episode(n)”. Het betreft een code uit het B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. Het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar is overeengekomen met betrekking tot deze DBC-code is € 3.548,86.
- 9.4. Verzoeker heeft een naturapolis afgesloten, waarin is opgenomen dat hij, indien hij gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg, aanspraak heeft op maximaal 75 procent van het maximale in Nederland geldende tarief. Gelet op artikel 13 Zvw is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd dit in de polisvoorwaarden op te nemen. Een en ander leidt ertoe dat verzoeker voor de herniaoperatie aanspraak heeft op vergoeding van een bedrag van € 2.661,65. Het lag op de weg van verzoeker op de hoogte te zijn van de inhoud van de door hem afgesloten verzekering.
- 9.5. Waar het gaat om het zittend ziekenvervoer geldt het volgende. Door partijen wordt niet bestreden dat bij verzoeker geen sprake is van één van de onder artikel 39 onder a tot en met d bedoelde situaties, zodat dient te worden getoetst aan de hardheidsclausule. Door de zorgverzekeraars wordt in dat verband wel gebruik gemaakt van een formule, opgesteld door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De commissie begrijpt dat deze wordt gehanteerd als middel, op basis van een onderlinge afspraak tussen de zorgverzekeraars, ter bevordering van een zowel consistente als eenvormige toepassing van de zogenoemde hardheidsclausule, zonder daarmee overigens de mogelijkheid van het op andere wijze vaststellen van onbillijkheid van overwegende aard uit te sluiten. Bedoelde formule luidt als volgt:

aantal (maanden) x **aantal** (x per week) x 4 (weken in een maand) x {**aantal** (km enkele reis) x 0,25 (weging)} = X

Hierbij kunnen de vetgedrukte aantallen variabel ten opzichte van elkaar worden ingevuld om tot een getal onder of boven de 250 te komen. Daar waar sprake is van een gelijke of hogere waarde, heeft de verzekerde aanspraak op basis van de hardheidsclausule.

- 9.6. Toepassing van deze formule leidt – met inachtneming van de maximale afstand van 200 kilometer enkele reis – tot de volgende uitkomst:

$$1 \times 0,5 \times 4 \times (200 \times 0,25) = 100$$

Deze uitkomst ligt lager dan 250, zodat niet voldaan is aan de voorwaarde van de formule van de hardheidsclausule. Ook anderszins is niet gebleken van een onbillijkheid van overwegende aard indien de kosten van het zittend ziekenvervoer voor rekening van verzoeker blijven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor een herniaoperatie dan wel voor zittend ziekenvervoer, zodat de bespreking van die verzekering verder achterwege kan blijven.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 oktober 2010,

Voorzitter