

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, niersteenvergruizing en plaatsing
dubbele J-catheter, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.01042
Zittingsdatum : 18 november 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de
ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 11 februari, 2 mei, 16 mei en 29 augustus 2008 de kosten verbonden aan zeven niersteenvergruizingen en een J-catheter, in totaal ad € 18.797,03, slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 13.068,--, 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Polis Collectief Restitutie (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis en Tandarts Basis afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft in Brasschaat (België) in totaal zeven niersteenvergruizingen ondergaan. Voorts is bij hem een J-catheter geplaatst. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten, verbonden aan deze behandelingen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 11 februari, 2 mei, 16 mei en 29 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar hem medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 13.068,-- wordt toegekend.
- 3.3. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 april 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 4 mei 2009 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 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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 10 september 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 september 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 september 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 21 september 2009 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 november 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29102758) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de in Nederland geldende marktconforme bedragen met betrekking tot de toegepaste B-DBC's. Een afschrift van het CVZ-advies is op 9 november 2009 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 november 2009 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 11 december 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 21 december 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij door een specialist in Nederland is doorverwezen naar de uroloog in Brasschaat, die is gespecialiseerd in de behandeling van nierstenen. De uroloog heeft besloten de cystine stenen van verzoeker te vergruizen. Daarbij is een zogenoemde J-catheter aangebracht. In totaal hebben zeven niersteenvergruizingen plaatsgevonden, waarvan zes in 2007 en één in 2008. De kosten heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Deze heeft eerst na lange tijd uitgekeerd, en slechts gedeeltelijk. Verzoeker stelt dat indien hij eerder had geweten dat hij geen recht had op volledige vergoeding, hij een andere oplossing had gezocht. De reden dat verzoeker geen voorafgaande toestemming aan de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd, is dat hij in de grensstreek woont, en daarom vanzelfsprekend de grens passeert voor zorg. Daarbij heeft hij niet erbij stil gestaan dat voor vergoeding in het buitenland andere maatstaven gelden.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij zijn declaraties in twee etappes heeft verstuurd. Hij is destijds doorverwezen door zijn uroloog naar Brasschaat. Het heeft heel lang geduurd voordat hij van de ziektekostenverzekeraar uitsluitel had over de

vergoeding. De behandelingen die hij heeft ondergaan, waren geïndiceerd, omdat hij veel nierstenen heeft. Voorts merkt verzoeker op dat het netjes was geweest wanneer de ziektekostenverzekeraar een brief had gestuurd met de mededeling dat de aanvraag onder behandeling was, en dat nog een en ander moest worden uitgezocht.

4.3. 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat op basis van de gedeclareerde kosten sprake is van twee DBC-codes aan de hand waarvan vergoeding kan plaatsvinden. Het betreft voor de J-catheter de code 06.11.01.0011.0323, waarvoor een maximumtarief geldt van € 4.420,--, en voor de niersteenvergruizingen de DBC-code 06.11.01.0011.0211. Deze code mag per vergruizing worden gedeclareerd. In 2007 gold een tarief van € 1.194,-- per behandeling, en in 2008 een tarief van € 1.484,-- per behandeling. Deze bedragen zijn aan verzoeker uitgekeerd.

5.2. De reden dat een lange tijd was gelegen tussen het indienen van de declaraties en de uitbetaling daarvan, is dat in eerste instantie niet duidelijk was om wat voor behandelingen het ging, en de declaraties daarom eerst ter beoordeling aan de medisch adviseur dienden te worden voorgelegd. De medisch adviseur heeft vervolgens gecontroleerd of het zorg betrof die vanuit de zorgverzekering diende te worden vergoed. Aangezien niet van te voren een aanvraag of behandelplan was ingediend, diende meer onderzoek te worden verricht, waardoor meer tijd is verstreken.

5.3. De ziektekostenverzekeraar merkt voorts op dat indien een verzekerde bepaalde zorg in het buitenland wenst te krijgen en hij wil weten wat maximaal wordt vergoed, het verstandig is vooraf een behandelplan en begroting in te dienen. Verzoeker heeft dit nagelaten, waardoor hij niet op de hoogte was van de kosten die voor eigen rekening komen. Dit laatste kan de ziektekostenverzekeraar echter niet worden tegengeworpen.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het inderdaad een tijd heeft geduurd voordat verzoeker bericht ontving over de vergoeding. De reden daarvoor is echter dat onderzoek moest worden gedaan naar de hoogte van de vergoeding.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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.

De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is een hogere vergoeding te verlenen voor de door verzoeker ondergane niersteenvergruizingen en de bij hem aangebrachte J-catheter. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 43 (2007) respectievelijk 18 tot en met 46 (2008) van de zorgverzekering.

Artikel 20 van de zorgverzekering van 2007 is identiek aan die van 2008, en bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, welk artikel, voor zover hier van belang, als volgt luidt:

“De verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is een second opinion door een medisch specialist begrepen. De aanspraak omvat tevens de toe te passen materialen (...)

Verwijzing

Door huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. Dit geldt niet voor acute zorg.

Vergoeding

De vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.[2008: Wmg-tarief](...)”

Artikel 9 regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier relevant, is het artikel van de zorgverzekering 2007 vrijwel gelijk aan dat van 2008, en luidt:

“De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg die verleend wordt door een zorgaanbieder buiten Nederland.

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- *het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg [2008: Wet marktordening gezondheidszorg] vastgesteld (maximum-)tarief;*
- *indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg [2008: Wet marktordening gezondheidszorg] vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.*

9.2

Als de verzekerde woonachtig is dan wel tijdelijk verblijft in een ander EU-land, EER-staat of verdragsland dan Nederland, heeft de verzekerde naar keuze:

- *aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- *aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering;*
 - *tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg [2008: Wet marktordening gezondheidszorg] vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;*
 - *indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg [2008: Wet marktordening gezondheidszorg] vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. (...)*

9.5

In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding. (...)

- 7.3. De artikelen 20 en 9 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Tussen partijen is niet in geschil dat de aan verzoeker verleende zorg een verzekerde prestatie is zoals bedoeld in de zorgverzekering, en dat hij daarvoor een indicatie heeft. De vraag rest of de door de ziektekostenverzekeraar toegekende vergoeding juist is.
- 7.7. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de vergoeding van de dubbele J-catheter de code 06.11.01.0011.0323 gehanteerd. Dit betreft een DBC-code uit het B-segment, en heeft als omschrijving: "Reguliere zorg / koliek(en) / niersteen / endoluminale endoscopische operatie met klinische episode(n)". Deze code komt de commissie, gezien de uitgevoerde behandeling, juist voor. Voor het B-segment geldt dat de ziektekostenverzekeraar vrij is over de kosten van de behandeling afspraken te maken met ziekenhuizen. Voor deze DBC heeft de ziektekostenverzekeraar – blijkens zijn brief van 10 september 2009 aan de commissie – een bedrag van € 4.420,-- afgesproken, welk bedrag ook aan verzoeker is uitgekeerd.
Voor de vergoeding van de niersteenvergruizingen heeft de ziektekostenverzekeraar de DBC-code 06.11.01.0011.0211 gehanteerd. Deze code is eveneens afkomstig uit het B-segment, en heeft als omschrijving: "Reguliere zorg / koliek(en) / niersteen / eswl poliklinisch". Ook deze code komt de commissie juist voor. Het bijbehorende bedrag dat de ziektekostenverzekeraar met de ziekenhuizen voor deze behandeling had afgesproken was in 2007 € 1.194,-- (6x) en in 2008 € 1.484,-- (1x) per behandeling. Deze bedragen zijn aan verzoeker uitgekeerd.
- 7.8. Aangezien verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd voor de door hem gewenste behandelingen, komt de commissie aan de vraag of in dit geval een E 112-formulier had moeten worden afgegeven niet toe, en moet worden geconcludeerd dat op basis van artikel 9.5 van de zorgverzekering geen hogere vergoeding mogelijk is dan eerdergenoemde op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg, respectievelijk de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde tarieven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoeker heeft verzocht.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 januari 2009,

Voorzitter