

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, Hallux valgus operatie met correctie van het doorzakken van de voorvoet
Zaaknummer : 2012.00536
Zittingsdatum : 31 oktober 2012

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

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

E te F, hierna 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] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een voetoperatie in het Evangelisches Fachkrankenhaus Ratingen, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar nadere informatie opgevraagd bij verzoekster. Verzoekster heeft hierop op 17 juli 2011 gereageerd. Bij brief van 21 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat maximaal een bedrag van € 1.654,03 wordt vergoed voor de hallux valgus operatie aan de linkervoet.
- 3.2. Bij brief van 26 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de gevraagde aanvullende informatie nog niet is ontvangen. De aanvraag kan daarom niet verder in behandeling worden genomen.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 27 juli 2011 om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Op 18 augustus 2011 heeft verzoekster de verwijsbrief van de huisarts van 17 augustus 2011 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij brief van 14 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bericht dat de nagestuurde informatie geen aanleiding vormt haar een hogere vergoeding toe te kennen. Verzoekster heeft hierop bij brief van 16 september 2011 gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft

haar bij brief van 5 oktober 2011 geantwoord.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 8 juli 2012 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).
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 29 augustus 2012 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft bij die gelegenheid besloten verzoekster alsnog een aanvullende vergoeding te verlenen. Een afschrift van het e-mailbericht is op 29 augustus 2012 aan verzoekster gezonden. Hierbij is haar gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 7 september 2012 medegedeeld dat dit niet het geval is.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 september 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 oktober 2012 per e-mailbericht medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 11 september 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 11 oktober 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012104701) 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 door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC de meest passende is in de situatie van verzoekster. Een parallelle DBC mag pas worden geopend indien sprake is van een extra zorgvraag (tweede diagnose) die geen verband houdt met de eerste, en deze extra zorgvraag leidt tot substantiële meerkosten. Bij verzoekster is sprake van één zorgvraag met verschillende mogelijke oorzaken. Er kan daarom maar één DBC worden vergoed. Er is op basis van het dossier geen reden een parallelle DBC te openen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 12 oktober 2012 aan partijen gezonden.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 oktober 2012 medegedeeld dat hij de vergoeding voor de onderhavige zorg heeft verhoogd naar € 5.195,37. Een afschrift van deze brief is op 8 oktober 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.12. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 9 oktober 2012 medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar de maximale vergoeding heeft verhoogd naar € 5.195,37. Zij heeft een afschrift van de betreffende beslissing van 27 september 2012 meegezonden. Afschriften van deze stukken zijn op 11 oktober 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 3.13. Verzoekster is op 31 oktober 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.14. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 7 december 2012 medegedeeld dat per abuis nog geen tarifieringsverzoek was ingediend bij de Duitse Krankenkasse en een afschrift van de door verzoekster ondertekende Wahlleistungbarung meegezonden. Afschriften van deze stukken zijn op 10 december 2012 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 3.15. Verzoekster heeft bij brief van 12 december 2012 op voornoemd e-mailbericht gereageerd. Een afschrift hiervan is op 21 december 2012 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.16. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 20 december 2012 de reactie van de Duitse Krankenkasse gezonden. Een afschrift hiervan is op 21 december 2012 ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 3.17. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 31 december 2012 gereageerd op de brief van verzoekster van 12 december 2012. Een afschrift hiervan is op 4 januari 2013 ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 3.18. Verzoekster heeft bij brief van 7 januari 2013 inhoudelijk gereageerd op de haar bij brief van 21 december 2012 gezonden stukken. De commissie heeft verzoekster bij brief van 10 januari 2013 medegedeeld dat de procedure inmiddels in de afrondende fase is beland en het om die reden niet meer mogelijk is nadere stukken in de procedure in te brengen.
- 3.19. Bij brief van 4 januari 2013 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting, van de brief van verzoekster van 9 oktober 2012 met bijlagen, en van de na de zitting verzonden en ontvangen correspondentie gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 21 januari 2013 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Voornoemde stukken vormen geen aanleiding tot aanpassing van het voorlopig advies. Het CVZ merkt op dat geen van de genoemde DBC-codes past, omdat er twee ingrepen in één sessie zijn gedaan. Dit zou ook gelden als de ingreep in Nederland had plaatsgevonden. Er kan maar één DBC worden vergoed. Daarom wordt de vergoeding gebaseerd op het tarief van de 'zwaarste' DBC. Dit is in de onderhavige situatie ook gebeurd. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 25 januari 2013 ter kennisname aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 21 juli 2011 medegedeeld een vergoeding te verlenen van maximaal € 1.654,03 voor een hallux valgus operatie aan de linkervoet. Verzoekster heeft evenwel geen aanvraag ingediend voor alleen een hallux valgus operatie, maar voor een operatie van een hallux valgus en correctie van het doorzakken van de voorvoet. Behalve operatie van de hallux valgus zijn de overige tenen van de linkervoet gecorrigeerd.

- 4.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou uit de verwijzing van de huisarts blijken dat bij verzoekster alleen sprake is van een hallux valgus; de diagnose plat- of spreidvoet is door de huisarts niet gesteld. Dit is echter niet correct. In de verwijsbrief van 17 augustus 2011 schrijft de huisarts namelijk: "pijnklaften linker voet hallux valgus doorzakken voorvoet." Volgens Wikipedia wordt een spreidvoet ook wel een doorgezakte voorvoet genoemd. Daarbij komt dat verzoekster reeds 30 jaren problemen heeft met haar voeten. Deze problemen zijn inderdaad niet eerder behandeld, maar volgens de behandelend arts was een conservatieve behandeling in dit stadium hoe dan ook niet meer doelmatig of effectief.
- 4.3. In de polisvoorwaarden is slechts opgenomen dat een verwijsbrief nodig is. Dat de huisarts in zijn verwijsbrief een diagnose moet vermelden en dat daarvan afhangt welke zorg wordt vergoed, staat niet in de polisvoorwaarden.
- 4.4. Eerst bij brief van 14 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat het operatief behandelen van een plat- of spreidvoet niet als adequaat en doelmatig wordt gezien wanneer de klachten niet eerst conservatief zijn behandeld en dit niet tot resultaat heeft geleid. Verzoekster heeft de 'Kostenvoranschlag' reeds met haar brief van 17 juli 2011 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Hierin is vermeld dat sprake is van "Vorfußdeformatät mit Hallux valgus (...) Senk- Spreizfuß". De ziektekostenverzekeraar was vanaf dat moment dus volledig op de hoogte. De operatie is op 1 september 2011 precies zo uitgevoerd als destijds is aangevraagd.
- 4.5. Volgens verzoekster dient de behandelend arts te bepalen of sprake is van adequate en doelmatige zorg. Dit is ook na te lezen op de site van de rijksoverheid. De uitgevoerde operatiemethode is internationaal bekend en wordt al sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw uitgevoerd.
- 4.6. Naar aanleiding van het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 29 augustus 2012 heeft verzoekster de commissie op 7 september 2012 medegedeeld dat het geschil niet is opgelost door de aanvullende vergoeding. De ziektekostenverzekeraar blijft de vergoeding namelijk baseren op alleen de hallux valgus. Verzoekster is echter behandeld voor de hallux valgus en de plat-/spreidvoet. Deze zorg komt overeen met een combinatie van de DBC's 05110020300213 en 05210020500213.
- 4.7. Naar aanleiding van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 3 oktober 2012 heeft verzoekster op 9 oktober 2012 aan de commissie medegedeeld dat bij de toegezegde vergoeding van € 5.195,37 wederom slechts een gedeelte van de behandeling wordt omschreven.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij voorafgaand toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar voor de operatie aan haar voet gecombineerd met intramurale zorg. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar haar een machtiging verleend, waarmee toestemming is verleend voor de gevraagde zorg. De toegewezen vergoeding was evenwel niet toereikend. Indien een ziektekostenverzekeraar toestemming verleend voor een ingreep in het buitenland is de Europese Verordening van toepassing. Ter aanvulling heeft verzoekster aangevoerd dat zij bij opname een verklaring heeft getekend voor verblijf in een eenpersoonskamer. Zij vindt ook dat deze kosten voor haar rekening blijven. Voor de Chefarzt is niet apart gekozen of getekend. Verzoekster merkt op dat alleen de derde alinea van artikel 9 van de zorg-

verzekering op haar van toepassing is, aangezien zij in Nederland woont en niet in het buitenland. Voorts heeft verzoekster gelezen dat indien toestemming is verleend voor zorg in een andere EU-lidstaat een S2-formulier moet worden verstrekt. Zij heeft dit formulier evenwel niet gekregen en is ook niet op deze mogelijkheid gewezen door de ziektekostenverzekeraar.

In het CVZ-advies worden codes genoemd die niet de lading dekken van de ingreep die is uitgevoerd. De code die het meest in de buurt komt van de ingreep die is uitgevoerd, is gekozen. Als er geen Wmg-tarieven bestaan, moet gelet op de regelgeving worden gekozen voor het marktconforme tarief. Daarom moet worden bekeken wat in casu het marktconforme tarief is.

- 4.9. In haar brief van 12 december 2012 heeft verzoekster medegedeeld dat in Duitsland bij het maken van een afspraak in het ziekenhuis wordt gevraagd naar de (Duitse) zorgverzekeraar. Als de patiënt niet in Duitsland verzekerd is, wordt hij/zij automatisch in de groep "Selbstzahler" ingedeeld, hetgeen overeenkomt met het begrip "privé-patiënt". Dit is dus niet de keuze van verzoekster geweest. Als de ziektekostenverzekeraar een E-112 formulier (bedoeld zal zijn een S-2 formulier) had verstrekt, had dit vermeden kunnen worden.

Verzoekster is het niet eens met de instantie waar de ziektekostenverzekeraar het tarifieringsverzoek heeft ingediend. Er zou met een E-126 formulier een tarifieringsverzoek moeten worden gedaan bij het zogenoemde verbindingsorgaan van Duitsland, het Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung.

- 4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op basis van de informatie die de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de ingreep heeft ontvangen, is een machtiging afgegeven voor een hallux valgus operatie aan de linkervoet van verzoekster. Dat uit de 'Kostenvoranschlag' blijkt dat niet alleen sprake was van een hallux valgus wil niet zeggen dat een aanvullende vergoeding kan worden toegekend. Voor het beoordelen van een aanvraag gaat de ziektekostenverzekeraar uit van de verwijzing van de Nederlandse (huis)arts. Uit de overgelegde verwijzing blijkt dat bij verzoekster sprake was van een hallux valgus. De diagnose – plat- of spreidvoet wordt door de huisarts niet gemeld.

- 5.2. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De zorgvorm dient doelmatig en doeltreffend te zijn. Daarom wordt bij een aanvraag voor voorzienbare zorg in het buitenland getoetst of de aangevraagde zorg adequaat, doelmatig en niet onnodig kostbaar is. Het operatief behandelen van een plat- of spreidvoet wordt niet als adequaat en doelmatig gezien indien niet eerst is geprobeerd de klachten conservatief te behandelen.

- 5.3. In de heroverweging van 12 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld dat op grond van de op dat moment ontbrekende verwijzing van de huisarts geen machtiging voor de gevraagde ingreep had mogen worden afgegeven. Per abuis is toen echter een machtiging verleend voor de ingreep met een maximale vergoeding van € 1.654,03. De ziektekostenverzekeraar zal deze ten onrechte verleende machtiging niet intrekken.

- 5.4. Bij e-mailbericht van 29 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie onder meer geschreven: *“om ook de operatie van de rest van de voet te vergoeden volgens de maximale Nederlandse tarieven. Bij het bedrag van Hallux Valgus komt DBC voor een maximaal bedrag van € 3.541,34. Wij gaan alsnog de vergoeding van de reeks ingediende nota's herberekenen”*.
- 5.5. Bij brief van 3 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat hij nogmaals de maximale vergoeding voor de onderhavige ingreep aanpast. Voor de behandeling van een hallux valgus en plat-/spreidvoet wordt de maximale vergoeding € 5.195,37 per voet.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in eerste instantie de vergoeding is gebaseerd op een DBC voor een operatie in verband met hallux valgus in een poliklinische setting. De later gekozen DBC gaat uit van een opname. Omdat er ook verblijf op een eenpersoonskamer is geweest, hoeft niet alles vergoed te worden.
- Ten aanzien van de opmerking van verzoekster over artikel 9 van de zorgverzekering merkt de ziektekostenverzekeraar op dat als men voor zorg naar het buitenland gaat, men daar ook verblijft, zij het tijdelijk. De polisvoorwaarde is duidelijk. De gevraagde informatie over de Europese regelgeving kan niet van een medewerker aan de telefoon worden verwacht.
- De ziektekostenverzekeraar merkt voorts op dat getarifeerd kan worden. Desgevraagd zegt de ziektekostenverzekeraar toe een tarifieringsverzoek in te dienen bij de Duitse Krankenkasse om te achterhalen wat het tarief is dat voor de onderhavige wordt vergoed ten laste van de Duitse sociale ziektekostenverzekering.
- 5.7. Bij e-mailbericht van 20 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie de reactie van de Duitse Krankenkasse op het tarifieringsverzoek gezonden. Hieruit blijkt dat op grond van de Duitse sociale ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op een vergoeding van € 3.350,28. De rekening van de arts van € 1.520,46 komt niet voor vergoeding in aanmerking. Op 31 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie in aanvulling op het voorgaande medegedeeld dat voornoemde rekening verband houdt met de keuze van verzoekster voor een eenpersoonskamer.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 8 van 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 verzoekster aanspraak heeft op volledige vergoeding van de onderhavige voetoperatie in het Evangelisches Fachkrankenhaus Ratingen, 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 artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 13 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 vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

Verwijsbrief

*Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.
(...)”*

8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering, die regelt dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland, luidt, voor zover hier van belang:

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;

- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;

*- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.
(...)”*

(...)”

*In alle gevallen hebt u voor het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, onze voorafgaande toestemming nodig. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht.
(...)”*

(...)”

8.4. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat sprake moet zijn van een indicatie voor de gevraagde ingreep, en dat de zorgvorm doelmatig en doeltreffend dient te zijn. Deze bepaling luidt als volgt:

“U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg ‘plegen te bieden’. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

- 8.5. De artikelen 1.2, 9 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bzv, de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 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. Op grond van artikel 20 lid 2 van Verordening 883/2004 kan een verzekerde, voorafgaand aan de behandeling, bij het bevoegde orgaan om een S2-formulier verzoeken. Indien toestemming wordt geweigerd, kan achteraf worden getoetst of deze op juiste gronden is onthouden.

Een dergelijke toetsing kan gelet op het arrest Stamatelaki (HvJ EG 19 april 2007, zaak C-444/05) achterwege blijven indien het bevoegde orgaan geen voorafgaande toestemming is gevraagd.

- 9.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 7 juli 2011, voorafgaand aan de ingreep, toestemming gevraagd voor de onderhavige behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft, weliswaar per abuis, toestemming verleend voor een gedeelte van de gevraagde zorg, te weten de hallux valgus operatie ten laste van de zorgverzekering. Hij heeft echter geen S2-formulier afgegeven, zonder deugdelijke motivering daartoe als bedoeld in artikel 26 lid 2 van Verordening 987/2009. De commissie is daarom van oordeel dat eerst getoetst dient te worden aan Vo 883/2004.
- 9.3. In het kader van genoemde verordening is relevant of de onderhavige zorg of daarmee vergelijkbare zorg tijdig in Nederland kon worden geleverd. Dit is achteraf niet meer te reconstrueren zodat moet worden aangenomen dat met het verlenen van de toestemming impliciet is gegeven dat aan de op grond van de verordening toepasselijke vereisten is voldaan. Rest de vraag welke vergoeding hiervoor dient te worden toegekend. Op grond van Vo 883/2004 dient het tarief te worden vergoed zoals dat geldt volgens het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat van verblijf.
- 9.4. Volgens opgave van de Duitse Krankenkasse bedraagt het plaatselijke tarief € 3.350,28. Het Nederlandse tarief is mogelijk hoger, in welk geval op grond van artikel 56 VWEU aanvulling tot dat tarief plaats te vinden. In die situatie geldt het volgende.
- 9.5. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde DBC-code. De door de ziektekostenverzekeraar in zijn e-mailbericht van 29 augustus 2012 gehanteerde DBC-code 05 1100 2030 0213 ziet op "reguliere zorg, operatieve klinische zorg, platvoet, spreidvoet/metatarsalgie". Deze code komt de commissie juist voor. Het bijbehorende tarief ten tijde van de behandeling bedraagt € 3.153,53. Zoals door het CVZ in zijn advies van 11 oktober 2012 is medegedeeld, kan bij één zorgvraag met verschillende mogelijke oorzaken slechts één DBC worden vergoed. Alleen als sprake is van een extra zorgvraag, die geen verband houdt met de eerste, én bovendien die extra zorgvraag tot substantiële meerkosten leidt, kan een parallelle DBC worden vergoed. Dit laatste is bij verzoekster evenwel niet aan de orde. Verzoekster heeft derhalve aanspraak op een vergoeding van maximaal € 3.153,53.
- 9.6. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 9 oktober 2012 een vergoeding van maximaal € 5.195,37 per voet heeft toegezegd. Dat de ziektekostenverzekeraar een vergoeding per voet heeft vastgesteld die hoger is dan het reguliere DBC-tarief, is een beslissing waar de commissie niet in treedt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar het S2-formulier ten onrechte heeft geweigerd en om die reden diende over te gaan tot tarifiering onderscheidenlijk aanvulling tot het Nederlands tarief. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, acht de commissie termen aanwezig om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen onder 9.8 is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 6 februari 2013,

Voorzitter