

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Buitenland, S2 formulier, mastectomie enkelzijds, DIEAP-flap
borstreconstructie beiderzijds en ovariëctomie beiderzijds, hoogte
vergoeding, weigering tot tarifiering over te gaan
Zaaknummer : 2011.01806
Zittingsdatum : 16 mei 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 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, art. 20 Vo 883/2004, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Basispakket, variant Natura (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 Basisaanvullende regeling en Regeling extra vergoedingen afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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 volledige vergoeding van de door haar in België ondergane operaties, te weten een mastectomie enkelzijds, DIEAP-flap borstreconstructie beiderzijds en ovariëctomie beiderzijds (hierna: de aanspraak). Bij vergoedingsoverzicht van 26 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 17 juni 2011 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 1 februari 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 maart 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 april 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 mei 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 maart 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 24 april 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012046839) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd nader onderzoek in te stellen op de grond dat er wellicht meer DBC-declaratiecodes van toepassing zouden kunnen zijn dan de declaratiecode voor een vrije lap reconstructie, op basis waarvan een bedrag van € 11.270,10 door de ziektekostenverzekeraar is uitgekeerd. Een afschrift van het CVZ-advies is op 26 april 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 mei 2012 gehoord, verzoekster in persoon en de zorgverzekeraar telefonisch. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 22 mei 2012 is de ziektekostenverzekeraar verzocht om tot tarifiering over te gaan, waarbij hem een termijn van acht weken is gegund.
- 3.11. Bij brief van 19 juli 2012 is de ziektekostenverzekeraar gerappelleerd, waarbij een nadere termijn is gesteld. Deze eindigde op 2 augustus 2012..
- 3.12. Bij brief van 9 augustus 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 16 augustus 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 verzoekster

- 4.1. Op 28 september 2010 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.2. Voorafgaand aan de behandeling heeft de ziektekostenverzekeraar, op basis van de offerte van de behandelend arts in België voor een enkelzijdige mastectomie, een dubbelzijdige DIEAP-flap borstreconstructie en een dubbelzijdige ovariëctomie ten bedrage van in totaal € 27.350,--, een S2-formulier aan het ziekenhuis te Brussel gezonden.
- 4.3. Uit de begeleidende brief van 27 juli 2010 valt niet op te maken dat een groot deel van dit bedrag voor eigen rekening blijft. Bovendien wordt gesteld dat het ziekenhuis de rekening rechtstreeks kan declareren. Hieraan mocht het vertrouwen worden ont-

leend dat de ziektekostenverzekeraar alle kosten zou vergoeden.

- 4.4. De (telefonisch) aangeboden zorgbemiddeling, zoals door de zorgverzekeraar gesteld bij brief van 22 november 2011, is verzoekster niet bekend. Bovendien heeft alle correspondentie per e-mail plaatsgevonden.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de totale kosten voor de behandeling € 3.000,-- lager zijn uitgevallen dan de offerte op basis waarvan haar een S2 formulier is verstrekt. Om die reden dient de haar op basis van de ingediende offerte voorgerekende eigen bijdrage van € 2.000,-- te komen vervallen. De ziektekostenverzekeraar dient derhalve de volledige nota te vergoeden.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Het S2-formulier had nimmer mogen worden afgegeven. Dit had een garantieverklaring behoren te zijn, tot maximaal het Nederlandse tarief. Dit tarief is, na de nodige correcties, vastgesteld op € 18.467,10.
 - 5.2. Het ziekenhuis heeft het E112-formulier niet geaccepteerd. Daarom is overgegaan tot vergoeding op basis van een garantieverklaring.
 - 5.3. Verzoekster is tijdens een telefoongesprek op 29 juni 2010 verteld dat een bedrag van ongeveer € 2.000,-- door haar zou moeten worden bijbetaald, omdat met het ziekenhuis in Brussel geen contract is gesloten. Haar is het aanbod gedaan om wachtlijstbemiddeling in te schakelen. Verzoekster heeft echter hiervan afgezien. Dit blijkt uit de overgelegde uitdraai van de klantcontactadministratie.
 - 5.4. Tarifiering is niet aan de orde. Op basis van jarenlange ervaring van de medisch adviseur kan met zekerheid worden gesteld dat de vergoeding op basis van het Nederlandse tarief per definitie gunstiger is voor verzoekster. Bovendien kent het Belgische socialezekerheidssysteem remgelden die verzekerden zelf dienen te betalen. Daarnaast is het praktisch onmogelijk om in België het tarief na te gaan.
 - 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar echter toegezegd dat alsnog tot tarifiering zal worden overgegaan. Voorts zou intern worden overlegd of wellicht op andere gronden een additionele vergoeding zou kunnen worden verleend.
 - 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. Gelet op artikel 10 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 de hoogte van de vergoeding van de door verzoekster ondergane behandeling in België, bestaande uit een mastectomie enkelzijds, DIEAP-flap borstreconstructie beiderzijds, en ovariëctomie beiderzijds in één sessie, 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 zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. 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. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat.

Voor zover hier van belang, luiden de artikelen 13 en 18 als volgt:

“Artikel 13 | Medisch-specialistische zorg

Omschrijving:

u hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.

(...)

Door:

medisch specialist.

(...)

Artikel 18 | Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving:

uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

(...)

2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;

(...)

Door:

medisch specialist.

(...)”

8.3. De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering. Voor zover hier relevant bepaalt artikel 9:

“(…)

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen hebt u bij het inroepen van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, voorafgaande toestemming van [naam zorgverzekeraar] nodig.

Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht. Dit toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

(…)”

- 8.4. De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 1.4 van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang:

“1.4. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet gecontracteerde zorgaanbieder

Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2010, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [naam zorgverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

Uitzondering:

de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2010, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [naam zorgverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders:

(…)

- Medische-specialistische zorg (artikel 13 tot en met 19) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis, en het eventueel medisch noodzakelijk verblijf (artikel 33);

(…)”.

- 8.5. De artikelen 1.4, 9, 13 en 18 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 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, en behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. De aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn voorts verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.8. In artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de wettelijke bijdragen in een ander EU-land tot een maximum van € 1.000,00 voor vergoeding in aanmerking kunnen komen.

Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“Artikel 2 | Buitenland

Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten voor de in het betreffende EU-/EER-land of verdragsland van toepassing zijnde wettelijke bijdragen voor niet-spoedeisende zorg volgens de wettelijke regeling van dat land. Zoals remgelden in België en Selbstbeteiligung of Praxisgebühr in Duitsland. De vergoeding van die zorg moet plaatsvinden op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of het socialezekerheidsverdrag.

Vergoeding:

ten hoogste € 1000,00 per kalenderjaar.”

- 8.9. Artikel 20 van Verordening 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Reizen met het oogmerk verstrekkingen te ontvangen buiten de woonstaat (of lidstaat van de woonplaats)

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.

(...)”.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering kan in deze procedure in het midden blijven. Met het bij brief van 29 juli 2010 afgeven van een S2-formulier voor de onderhavige behandeling, is deze vraag bevestigend beantwoord. Hetzelfde geldt voor het bestaan van een indicatie en de doelmatigheid. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van de vergoeding voor de onderhavige zorg. Gelet op hetgeen is toegezegd, is uitsluitend nog in geschil of de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker méér dient te vergoeden dan het in Nederland geldende marktconforme tarief.
- 9.2. In de onderhavige situatie gaat het om de vergoeding van een mastectomie enkelzijds, DIEAP-flap borstreconstructie beiderzijds, en ovariëctomie beiderzijds, uitgevoerd in België. De ziektekostenverzekeraar heeft voor deze behandelingen, op basis van een offerte van de behandelend arts in België ter hoogte van € 27.350,--, waarbij duidelijk is vermeld dat deze offerte geldig is voor de behandeling in Brussel of in Gent, een S2-formulier afgegeven.

- 9.3. De totale – daadwerkelijke - kosten bedragen geen € 27.350,--, maar € 24.247,10. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van de daarvoor geëigende DBC-codes – waarvan de juistheid overigens niet door verzoekster is bestreden - een bedrag van € 18,467,10 aan het ziekenhuis in België vergoed.
- 9.4. Wat betreft de hoogte van de vergoeding voor de onderhavige zorg heeft het volgende te gelden. Met het afgeven van de S2-formulieren aan verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar haar het recht gegeven op verstrekkingen die – voor rekening van de ziektekostenverzekeraar – worden verleend door een Belgisch ziekenhuis, volgens de door dit ziekenhuis toegepaste Belgische sociale zekerheidswetgeving, alsof zij krachtens die wetgeving was verzekerd, een en ander conform artikel 20 van Verordening nr. 883/2004.
Nu volgens vaste jurisprudentie van de commissie een redelijke uitleg van de verzekeringsvoorwaarden met zich brengt dat verzoekster aanspraak kan maken op de voor haar meest gunstige regeling, zal door de ziektekostenverzekeraar het Belgische tarief door middel van tarifiering moeten worden vastgesteld, teneinde dit tarief te kunnen vergelijken met het door de ziektekostenverzekeraar reeds berekende vastgestelde Nederlandse tarief van € 18.467,10.
- 9.5. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de vergoeding voor de onderhavige behandeling op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering per definitie gunstiger is voor verzoekster dan een vergoeding op grond van het Belgische tarief, zodat tarifiering achterwege kan blijven, wordt gepasseerd. Zonder enige nadere toelichting – zoals bijvoorbeeld opgave van het tarief dat op grond van het Belgische stelsel zou worden toegekend voor de onderhavige zorg – is deze stelling onvoldoende onderbouwd. Dit geldt eveneens voor de opmerking van de zorgverzekeraar dat de medisch adviseur op grond van zijn jarenlange ervaring weet dat het Nederlandse tarief altijd gunstiger is.
- 9.6. Bij het voorgaande is in aanmerking genomen dat door de commissie op 22 mei 2012 aan de ziektekostenverzekeraar een schriftelijk verzoek is gezonden om tot tarifiering over te gaan en de commissie hiervan uiterlijk na acht weken op de hoogte te stellen van de uitkomst. Bij brief 19 juli 2012 is de ziektekostenverzekeraar gerappelleerd met een termijn van twee weken. Beide termijnen zijn verstreken zonder dat de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd heeft gesteld dat en waarom voor de afwikkeling van het tarifieringsverzoek meer tijd nodig is dan thans is verstreken, terwijl evenmin is gesteld dat het in de onderhavige situatie niet mogelijk is aan bedoeld verzoek gehoor te geven.
- 9.7. Gelet op het vorenstaande is door de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk gemaakt dat op grond van de Belgische sociale ziektekostenverzekering geen volledige vergoeding van kosten kan plaatsvinden, dan wel dat een vergoeding zou zijn verleend die lager is dan het onder 9.4 genoemde bedrag. Om die reden oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden om over te gaan tot volledige vergoeding van de nota's van de mastectomie enkelzijds, DIEAP-flap borstreconstructie beiderzijds, en ovariëctomie beiderzijds, uitgevoerd in België.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 29 augustus 2012,

Voorzitter