

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, operatie knie, indicatie
Zaaknummer : 2011.01803
Zittingsdatum : 18 april 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. 19 Vo 883/2004, art. 25 Vo 987/2009, art. 56 WVEU)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

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 kwestie was verzoekster 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 waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna gezamenlijk: 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 vergoeding van de kosten van een operatie aan de rechterknie, ondergaan te Saalbach (Oostenrijk) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 april 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 brief van 18 mei 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 27 december 2011 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 februari 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 maart 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 24 februari 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 8 maart 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012025406) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat niet gezegd kan worden dat verzoekster niet geïndiceerd was voor een kniebandoperatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 april 2012 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 19 april 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 25 april 2012 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mail van 8 mei 2012 op het definitieve advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan verzoekster gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft tijdens een skivakantie een ongeluk gekregen, waarbij haar kruisband en de mediale band van de rechterknie zijn gescheurd. Na behandeling bij de spoedeisende hulp werd zij verwezen naar een ziekenhuis. In het hotel vernam verzoekster dat zij terecht kon bij een kliniek, die is gespecialiseerd in 'Unfallchirurgie'. De aldaar werkzame chirurg was van mening dat zo spoedig mogelijk diende te worden geopereerd.
- 4.2. Verzoekster benadrukt dat de operatie noodzakelijk was. Dat deze heeft geholpen, blijkt uit het gegeven dat zij nu nagenoeg is hersteld, en het feit dat haar tijdens de fysiotherapie in Nederland werd medegedeeld dat de banden strakker waren dan gebruikelijk na een dergelijke operatie.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar beroept zich bij zijn afwijzing op een stuk van een Amerikaanse website, die niet vrij toegankelijk is. Verzoekster is van mening dat hierin niet de Europese norm kan zijn verwoord. Opmerkelijk is voorts dat de ziektekostenverzekeraar niet uitgaat van interne beleidsbepalingen of van het door de eigen medisch adviseur opgestelde advies.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de Oostenrijkse arts niet de eerste de beste is en dat hij ingrijpen noodzakelijk vond. De huisarts in Nederland heeft na terugkomst verklaard dat ook hij het advies zou hebben gegeven af te gaan op het advies van deze specialist, mede omdat deze geacht wordt ook een Europese opleiding te hebben gevolgd die ten minste vergelijkbaar is met de Nederlandse standaard.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De beoordeling of al dan niet sprake is van een indicatie wordt in Nederland gedaan aan de hand van richtlijnen van de NHG. Volgens deze richtlijnen zal de behandelend arts bij gescheurde kniebanden alleen doorverwijzen naar het ziekenhuis, als aanwijzingen bestaan dat sprake is van een fractuur of een loszittende knieschijf met ernstige klachten dan wel een slotstand. Een en ander blijkt ook uit internationale richtlijnen van Uptodate. Hierin staat dat een ACL ruptuur nooit acuut wordt behandeld. In eerste instantie vindt conservatieve behandeling plaats. Indien stabiliteit van de knie niet kan worden bereikt met revalidatie, zal eventueel een reconstructie van de voorste kruisband plaatsvinden. Verzoekster had naar de mening van de ziektekostenverzekeraar daarom geen indicatie voor de bij haar uitgevoerde ingreep.
 - 5.2. De kosten van de spoedeisende zorg zijn – met inachtneming van het verplichte eigen risico en de maximaal te vergoeden tarieven – aan verzoekster vergoed.
 - 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster op de dag vóór de ingreep is gezien door een andere arts. Deze oordeelde dat er geen noodzaak bestond tot ziekenhuisopname en dat de behandeling in Nederland zou kunnen plaatsvinden. Dit oordeel is conform de richtlijnen in de ons omringende landen. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het CVZ-advies innerlijk tegenstrijdig is. Enerzijds wordt gesteld dat een reconstructie binnen één week risicovol is. Anderzijds wordt toch geconcludeerd dat de behandeling was aangewezen. De woorden “niet strikt nodig” dienen volgens de ziektekostenverzekeraar te worden geïnterpreteerd als “moet worden afgeraden”. Uit het advies blijkt ook dat de “preferenties van verzoekster” een rol hebben gespeeld. Het lijkt erop dat die de doorslag hebben gegeven bij de beslissing te opereren. De ziektekostenverzekeraar begrijpt de door het CVZ gemaakte draai niet en kan het college niet volgen in zijn juridische conclusies.
 - 5.4. 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 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. (...)*”

8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering 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. Artikel B5 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.”

- 8.6. De artikelen B5, 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).

- 8.7. 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 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

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

- 8.9. Artikel 19 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.”

- 8.10. Artikel 25 van Vo 987/2009 bevat regels omtrent de procedure, de draagwijdte van het recht en regelingen voor de rechtstreekse betaling en/of vergoeding van verstrekkingen bij verblijf in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien de behandeling van het ter plaatse ontstane trauma door de tweede door verzoekster in dat kader geconsulteerde arts, vóór het einde van het geplande verblijf, heeft plaatsgevonden in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, is sprake van een situatie als bedoeld in artikel 19 van Vo 883/2004. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar, op grond van de jurisprudentie van het Europese Hof, de behandelkeuze van deze arts te respecteren.
- 9.2. Kennelijk heeft verzoekster niet haar EHIC getoond, dan wel is deze door de betrokken zorgaanbieder geweigerd. Daarom dient op grond van artikel 19 van Vo 883/2004 in combinatie met artikel 25 van Vo 987/2009 te worden onderzocht (i) of deze zorg valt onder de dekking van de Oostenrijkse sociale ziektekostenverzekering en (ii), indien dit het geval is, welk tarief aldaar voor deze zorg op grond van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering wordt vergoed. Daarnaast kan verzoekster eventueel aanspraak maken op vergoeding conform de zorgverzekering op grond van artikel 56 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Daarvoor dient dan wel te zijn voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Wat partijen met betrekking hiertoe verdeeld houdt, is de indicatie van de onderhavige behandeling.
- 9.3. Ten aanzien van die behandelkeuze geldt dat, gelet op het advies van het CVZ van 8 maart 2012 en de richtlijnen met betrekking tot deze ingreep, geen consensus bestaat over het optimale moment van een eventuele reconstructie van de knie. Het voordeel van het uitstellen van de reconstructie is gelegen in het feit dat de patiënt de tijd krijgt te ervaren hoe het is om instabiliteit te hebben, en met het doorlopen van een oefentherapieprogramma onder fysiotherapeutische begeleiding te leren omgaan met de instabiliteit dan wel niet meer door de knie te zakken. Het nadeel van het uitstellen van de operatie is de schade die de instabiliteit kan veroorzaken aan overige knieligamenten, menisci en kraakbeen. Omdat de behandelend arts in samenspraak met verzoekster de voor- en nadelen van de behandeling heeft afgewogen en vervolgens is besloten de ingreep uit te voeren, kan volgens het CVZ niet zonder meer worden gezegd dat verzoekster niet geïndiceerd was voor de kniebandoperatie. Het gebrek aan consensus vormt tevens een verklaring voor het feit dat de eerste, voor de behandeling van het trauma geconsulteerde arts, een andere mening was toegegaan, en afzag van behandeling ter plaatse. Op grond hiervan komt de commissie tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat verzoekster geen indicatie had voor de behandeling, zodat moet worden aangenomen dat deze in ieder geval op grond van de zorgverzekering dient te worden vergoed.
- 9.4. Aangezien volgens vaste jurisprudentie van de commissie een redelijke uitleg van de overeenkomst met zich brengt dat de voor verzoekster meest gunstige regeling dient te worden toegepast, zal na ommekomst van de tarifiering aan verzoekster het meest gunstige tarief dienen te worden uitgekeerd. Dit houdt in vergoeding conform het Oostenrijkse tarief dan wel, indien dit tarief lager is of geen vergoeding mogelijk blijkt, aanvulling respectievelijk vergoeding conform het Nederlandse tarief voor de behandeling.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de bij verzoekster uitgevoerde ingreep, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 30 mei 2012,

Voorzitter