

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, operatie hernia, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.01853
Zittingsdatum : 25 mei 2011

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 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk 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 het Keuze Zorg Plan (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 Royaal 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 vergoeding van de kosten van een *“Dekompression L3/L4 mit Mikrodiskektomie und L4/L5 beidseitig von links aus”*, ondergaan te Meppen (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 2.226,25, wordt ingewilligd.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 juli 2010 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 24 januari 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 2.226,25 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 ad € 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.
 - 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 april 2011 aan verzoekster gezonden.
 - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 april 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
 - 3.8. Bij brief van 18 april 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 mei 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011044169) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is op 13 mei 2011 aan partijen gezonden.
 - 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 mei 2011 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 26 mei 2011 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd toe te lichten hoe het bedrag is opgebouwd dat aan verzoekster is uitgekeerd. Bij brief van 5 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan dit verzoek voldaan. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld op dit stuk te reageren. Bij brief van 1 augustus 2011 heeft verzoekster op de toelichting van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
 - 3.11. Bij brief van 9 augustus 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 15 augustus 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen 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. Verzoekster stelt dat zij hevige pijnklachten had in de rug. De huisarts constateerde spit, en raadde verzoekster aan rustig aan te doen en pijnstillers te nemen. Na enkele weken was de pijn nog niet verminderd. De huisarts weigerde te verwijzen voor een MRI, omdat verzoekster nog geen uitvalsverschijnselen had. Verzoekster heeft daarop contact opgenomen met de arts in Meppen, die een MRI heeft uitgevoerd. Daaruit bleek dat opereren de enige mogelijkheid vormde voor wegneming van de klachten. Naar aanleiding van de onderzoeken heeft de huisarts alsnog een verwijzing gegeven.

- 4.2. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code is onjuist. Uit navraag bij ziekenhuizen bleek dat deze code wordt gehanteerd voor ingrepen waarbij een lichte hernia wordt verholpen. Indien verzoekster in Nederland was geopereerd, zouden de kosten hoger zijn geweest. Voor een enkele hernia werd in een geconsulteerd ziekenhuis € 3.500,-- in rekening gebracht, en voor een dubbele hernia € 5.186,27. Verder heeft verzoekster vernomen dat een andere verzekeraar voor eenzelfde operatie een bedrag van € 6.678,88 heeft vergoed.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij een klinische behandeling heeft ondergaan, die onder narcose is uitgevoerd. Men is vier uur bezig geweest. Verzoekster werd wakker op de uitslaapkamer. Daarbij was haar al een korset aangetrokken. Na het ontwaken mocht zij naar het hotel. Verzoekster merkt op dat het onduidelijk is waarom voor deze DBC-code is gekozen.
- 4.4. Verzoekster 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 voor de vaststelling van de hoogte van de vergoeding de DBC-code 05.11.00.1360.0212 is gehanteerd met een bijbehorend tarief van € 2.226,25. Deze code is gelet op de bij verzoekster uitgevoerde ingreep juist. Het is niet juist dat de ingreep in Nederland rond de € 6.000,-- zou kosten.
 - 5.2. Op de vraag van de Ombudsman Zorgverzekeringen waarom de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster geen E 112-formulier heeft afgegeven, heeft deze geantwoord dat de zorg tijdig in Nederland te verkrijgen was. Bovendien accepteert de betreffende arts geen E 112-formulieren.
 - 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat volgens de eigen medisch adviseur de juiste DBC-code is gehanteerd. De medisch adviseur van het CVZ is de zelfde mening toegedaan. Omdat verzoekster op één dag is opgenomen, geopereerd en ontslagen, is sprake van dagbehandeling.
 - 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
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 dan wel tot een hoger bedrag dan € 2.226,25 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. (...)

Wij vergoeden de kosten van:

- (...)
- *medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- *de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)"

Artikel 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

- *vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van zorg conform de aanspraken van [de zorgverzekering] tot maximaal:*
- *de lagere vergoeding zoals in artikel 23 van de aanspraken wordt genoemd indien het farmaceutische zorg betreft die wordt geleverd door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben afgesloten;*
- *het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief;*
- *wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. (...)"*

8.3. De artikelen 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering en 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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 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.

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

8.6. 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. Niet in geschil is dat de onderhavige behandeling een verzekerde prestatie vormt en dat verzoekster daarvoor een indicatie had. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. De vraag die in dat kader allereerst dient te worden beantwoord, is of verzoekster – gelet op artikel 20 van Vo 883/2004 – aanspraak heeft op vergoeding conform het Duitse socialezekerheidsstelsel. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat zulks niet het geval is, omdat de zorg tijdig in Nederland verkrijgbaar was. Deze stelling is door verzoekster niet dan wel onvoldoende bestreden, zodat zij geen aanspraak heeft op vergoeding conform het Duitse socialezekerheidsstelsel. Gelet op artikel 19 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering heeft verzoekster aanspraak op vergoeding conform het op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief.
- 9.3. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 05.11.00.1360.0212, met als omschrijving: “Reguliere zorg // H.N.P.: Thoracale / lumbale wervelkolom / Operatief met dagopname(n)”. Deze code komt de commissie juist voor, gelet op de bij verzoekster uitgevoerde ingreep en het advies van het CVZ van 10 mei 2011. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar voor deze code heeft afgesproken is € 2.226,25.
- 9.4. De tarieven worden in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat zulks – zoals bij verzoekster – niet steeds het geval zal zijn, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, 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 afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 augustus 2011,

Voorzitter