

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D
Zaak : EU/EER, België, S2-formulier, DIEAP-flap borstreconstructie,
hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2011.02653
Zittingsdatum : 23 januari 2013

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, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, artikel 20 Vo 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw 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 de [naam ziektekostenverzekeraar] Standaardverzekering variant Natura (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] Aanvullende Verzekering Accent 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 volledige vergoeding van een borstreconstructie, uitgevoerd te Brussel (België), ten bedrage van € 23.306,88 (hierna: de aanspraak). Onder meer bij brief van 12 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, te weten tot een bedrag van € 13.984,75.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een bedrag van € 730,12 aan verzoekster na te betalen.

3.4. Bij brief van 26 juni 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).

3.5. 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn standpunt, ondanks herhaaldelijk verzoek, niet aan de commissie kenbaar gemaakt.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 september 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 januari 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 6 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 19 september 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012103643) 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 ziektekostenverzekeraar de passende DBC's heeft gehanteerd. Verzoekster is geïndiceerd voor vergoeding van de zorg conform de bij de gehanteerde DBC's behorende bedragen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 augustus 2012, ontvangen op 16 oktober 2012, zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 oktober 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 januari 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 24 januari 2013 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 4 februari 2013 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. Bij verzoekster is in verband met borstkanker begin 2010 een borst geamputeerd. Mede gelet op haar leeftijd, wilde verzoekster binnen afzienbare tijd een borstreconstructie ondergaan. Na grondig onderzoek, heeft zij uiteindelijk er voor gekozen in België een borstreconstructie door middel van de DIEAP-flap (Deep Inferior Epigastric Artery Perforator flap) methode te ondergaan. In Nederland wordt weinig gebruik gemaakt van deze methode en bij het VU medisch centrum Amsterdam bestaat hiervoor een wachtlijst. Ondanks dat de operatie met de DIEAP-flap methode zeer zwaar is, heeft zij hiervoor toch gekozen, omdat hiermee een zo natuurlijk mogelijk resultaat kan worden bereikt.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft voorafgaande toestemming verleend voor de borstreconstructie. Inmiddels hebben de in totaal drie fases van de borstreconstructie

plaatsgevonden. De totale kosten hiervan bedragen € 23.306,88. De ziektekostenverzekeraar heeft slechts € 14.814,87 vergoed. Derhalve is € 8.492,01 voor verzoeksters rekening gebleven. De ziektekostenverzekeraar dient dit bedrag alsnog te vergoeden, vermeerderd met de wettelijke rente.

- 4.3. Door bemiddeling van de Ombudsman Zorgverzekeringen is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot een nabetaling. Er wordt uitgegaan van een Nederlands tarief voor een borstreconstructie, maar de ziektekostenverzekeraar motiveert het door hem in dat verband genoemde bedrag niet. Verzoekster vermoedt dat wordt uitgegaan van een onjuist Nederlands markttarief, ten gevolge waarvan zij ernstig wordt gedupeerd.
- 4.4. Verzoekster begrijpt niet dat de kosten van de borstreconstructie niet volledig worden vergoed. Dit is in strijd met de redelijkheid en billijkheid en de Europese regelgeving. Borstreconstructies die in Nederland worden uitgevoerd, worden wel volledig vergoed. Bovendien is verzoekster bekend met een vergelijkbaar geval; deze patiënte onderging eenzelfde borstreconstructie in België, en kreeg de kosten volledig vergoed.
- 4.5. De afgelopen periode is zowel psychisch als lichamelijk zwaar geweest voor verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft haar vragen en haar klacht niet serieus behandeld, en dit kostte haar veel energie. Daarnaast heeft de gehele kwestie een financieel probleem veroorzaakt.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de operatie toestemming heeft verleend, en dat daarbij geen beperking werd vermeld. Het is onbegrijpelijk dat een deel van de kosten nu voor haar rekening blijft. Verzoekster stelt dat uit de polisvoorwaarden niet volgt hoe de ziektekostenverzekeraar heeft kunnen komen tot het volgens hem marktconforme Nederlandse tarief van circa € 14.000,--. Tot slot brengt verzoekster in dat zij de kwestie graag wil afsluiten; het is erg frustrerend en oneerlijk.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Met een E-112 formulier kan een zorgverlener in een andere lidstaat van de EU/EER de kosten van een medische behandeling rechtstreeks declareren volgens het vergoedingstelsel van het EU/EER-land van verblijf. Wel kunnen door de zorgverlener eigen bijdragen in rekening worden gebracht. Het Nederlandse tarief is hierbij niet van belang. Aan verzoekster is geen E-112 formulier afgegeven, maar een goedkeuring op basis van het Nederlandse tarief. De eerste fase van de borstreconstructie is vergoed op basis van DBC 04110002250023. De vergoeding bedraagt € 11.410,25. Voor de tweede fase is DBC 04110002260023 vastgesteld. Hierbij bedraagt de vergoeding € 3.404,62. De totale vergoeding op basis van het Nederlandse tarief is € 14.814,87. Dit bedrag is aan verzoekster betaald.
- 5.2. De berekening van hetgeen een Belgische verzekerde aan eigen bijdrage moet betalen voor een DIEAP-flap borstreconstructie is opgevraagd via het ziekenhuis waar verzoekster is geopereerd. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat dit dezelfde

berekening oplevert als wanneer dit via het E-126 formulier was opgevraagd bij het Belgische uitvoeringsorgaan. Indien de commissie dit wenst, is het mogelijk dit alsnog te doen.

- 5.3. Volgens de medisch adviseur is het praktisch onmogelijk te onderzoeken wat het tarief is dat in België voor een dergelijke ingreep wordt gehanteerd. In België worden alle handelingen apart afgerekend, zoals de situatie in Nederland was vóór de invoering van de DBC-systematiek.
- 5.4. Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) is in België verantwoordelijk voor de tarieven van zorgkosten. Op elke RIZIV-code geldt een aparte bijdrage voor de patiënt. Verder bestaat er veel verschil in het aantal ligdagen, kosten anesthesist, laboratorium, mogelijke IC-dagen en ligdagtarieven per ziekenhuis. De tarieven in België zijn dus een optelsom van vele RIZIV-codes die per patiënt verschillen, zelfs bij dezelfde operatie. Daarbij komt dan nog de som van de vele REM-gelden die een Belgische patiënt zelf moet betalen.
- 5.5. Om na te gaan welke vergoeding voor verzoekster het voordeligst is, is een simulatie opgevraagd van de nota, bij tussenkomst door het Belgische Ziekenfonds. Dit is de situatie die geldt voor een Belgische verzekerde of voor een Nederlandse verzekerde waarvoor een E-112 formulier wordt afgegeven. De conclusie hiervan is dat het hanteren van het Nederlandse tarief het voordeligst is voor verzoekster.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat aan verzoekster een goedkeuring op basis van het Nederlandse tarief is verleend. Destijds is om onbekende redenen besloten geen E-112 formulier te verstrekken. Er zijn meerdere mogelijkheden bij zorg in het buitenland. De goedkeuring op basis van het Nederlandse tarief was waarschijnlijk de beste optie voor verzoekster. De ziektekostenverzekeraar brengt in dat het spijtig is dat een deel van de kosten voor rekening van verzoekster blijft. Als een E-112 formulier was afgegeven, zou een groter deel van de kosten voor rekening van verzoekster zijn gebleven. De onderhavige ingreep wordt in Nederland weinig uitgevoerd. Het is begrijpelijk dat verzoekster naar België is gegaan, maar de operatie was ook in Nederland mogelijk. Het was verzoeksters eigen keuze in België te worden behandeld. Tot slot brengt de ziektekostenverzekeraar in dat zijn standpunt wordt onderschreven door het CVZ.
- 5.7. 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 en artikel 7 van het “Algemeen gedeelte” 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekosten-

verzekering.

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 11 tot en met 35 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 en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat. Voor zover hier van belang, luiden deze artikelen:

“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, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

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, als het gaat om de correctie van:

(...)

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

(...)

Door

Medisch specialist.

(...)”

Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Dit artikel 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;

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;

- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

(...)

In alle gevallen hebt u voor het inroepen 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.

(...)"

Artikel 1.4 van de zorgverzekering bepaalt de hoogte van de vergoeding voor zorg. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*"1.4. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? 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 2011, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met 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.*

(...)"

- 8.3. De artikelen 1.4, 9, 13 en 18 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Geneeskundige zorg, waaronder behandeling van plastisch chirurgische aard, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv, en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- 8.5. 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.
- 8.6. 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. 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 de afgifte van de machtiging(en) – zij het met een maximale vergoeding – 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 verzoekster eventueel méér dient te vergoeden dan het in Nederland geldende marktconforme tarief.
- 9.2. In de onderhavige situatie gaat het om de vergoeding van een DIEAP-flap borstconstructie, uitgevoerd in België. De ziektekostenverzekeraar heeft voor deze behandeling, op basis van een offerte van de behandelend arts in België ter hoogte van € 22.500,-, waarbij tevens is medegedeeld dat deze offerte geldig was voor de behandeling in Brussel of in Gent, een machtiging afgegeven. De totale kosten bedragen € 23.306,88. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van volgens hem toepasselijke DBC-codes – waarvan de juistheid niet door verzoekster is bestreden – reeds een bedrag van € 14.814,87 aan verzoekster vergoed.
- 9.3. De commissie is van oordeel dat met het afgeven van de machtiging(en) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het recht heeft gegeven op verstrekkingen die – voor rekening van de ziektekostenverzekeraar – worden verleend door een Belgisch ziekenhuis, alsof zij krachtens de Belgische sociale zekerheidswetgeving was verzekerd, een en ander conform artikel 20 van verordening nr. 883/2004.
- 9.4. 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 door middel van tarifiering alsnog moeten worden vastgesteld welk tarief op basis van de Belgische sociale zekerheidswetgeving zou zijn vergoed, teneinde dit te kunnen vergelijken met het door de ziektekostenverzekeraar berekende – en door de commissie als een gegeven beschouwde – Nederlandse tarief van € 14.814,87.
- 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 de Belgische wetgeving, zonder enige onderbouwing – zoals bijvoorbeeld opgave van het tarief dat op grond van de Belgische sociale zekerheidswetgeving zou zijn vergoed voor de onderhavige

zorg – acht de commissie niet overtuigend. Het is de commissie uit eigen wetenschap bekend dat tarifiering in België zonder meer mogelijk is en dat de afwikkeling van een verzoek hiertoe slechts zes tot acht weken in beslag neemt. Zij draagt om die reden de ziektekostenverzekeraar op om alsnog over te gaan tot tarifiering.

- 9.6. Door verzoekster is voorts aanspraak gemaakt op de wettelijke rente over het bedrag dat volgens haar door de ziektekostenverzekeraar dient te worden nabetaald. Niet is gebleken dat verzoekster de wettelijke rente tijdig heeft aangezegd, zodat tot toewijzing van dit gedeelte van het verzoek niet zal worden overgegaan.

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 dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering, en – voor zover de uitkomst hier aanleiding toe geeft – het verlenen van een (aanvullende) vergoeding.
- 9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.8 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 6 februari 2013,

Voorzitter