

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E
en F beide te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, enkeloperatie, indicatie,
verstrekken S2-formulier
Zaaknummer : 2012.03100
Zittingsdatum : 28 augustus 2013

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 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 van Vo 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

1) E te G, en

2) F te G,

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 de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een enkeloperatie, te ondergaan in Deurne, België, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 augustus 2012 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 12 oktober 2012 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 e-mailbericht van 3 mei 2013 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 stukken gevoegd.
 - 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juni 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 juni 2013 aan verzoekster gezonden.
 - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 juli 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 augustus 2013 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
 - 3.8. Bij brief van 28 juni 2013 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 juli 2013 (zaaknummer 2013077816) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie had voor de betreffende ingreep, omdat een operatie slechts na langdurig falen van de conservatieve therapie (> 12 maanden) is geïndiceerd.
 - 3.9. Verzoekster is op 28 augustus 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Per abuis is verzuimd een afschrift van het CVZ-advies aan partijen te zenden. Daarom is het CVZ-advies op 2 september 2013 nagezonden aan partijen waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen twee weken te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 15 respectievelijk 16 september 2013 op het CVZ-advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartijen gezonden.
 - 3.10. Bij brief van 17 september 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 2 oktober 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. Verzoekster heeft op 9 augustus 2012 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een enkeloperatie, te ondergaan in het ziekenhuis te Deurne. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar hierbij verzocht om afgifte van een S2-formulier.
 - 4.2. De behandelend chirurg schrijft in het behandelplan van 8 augustus 2012 dat uit de anamnese blijkt dat bij verzoekster sprake is van "spontane pijn rechter enkel med, geen verbetering et kine". Er is geen beenderig letsel. Uit de echografie komt naar voren: "rechter tibialis posteriorpees: -itis". Daarom is een "heelkundige release tibialis posteriorpees rechts" aangewezen.

- 4.3. Op 27 augustus 2012 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag bij brief van 30 augustus 2012 – dus eerst nadat de ingreep had plaatsgevonden - afgewezen.
- 4.4. De fysiotherapeut heeft op 16 juli 2012 verklaard dat verzoekster driemaal door hem is behandeld, zonder het gewenste resultaat. Gezien de voorgeschiedenis van verzoekster is een orthopedische verwijzing een logische vervolgstap. De huisarts heeft verzoekster op 13 augustus 2012 een verwijzing gegeven voor de Belgische orthopeed. Deze orthopeed heeft op 24 oktober 2012 schriftelijk verklaard dat bij verzoekster op 8 augustus 2012 door middel van een echografisch onderzoek is vastgesteld dat sprake was van een ernstige tibialis posterior tendinopathie met dreigende ruptuur, en dat daarom een chirurgisch ingrijpen medisch geïndiceerd was.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar stelt, gelet op het voorgaande, ten onrechte dat verzoekster geen conservatief traject heeft gevolgd. Bovendien bestonden de klachten niet – zoals door de ziektekostenverzekeraar wordt gesteld – kortstondig, maar al gedurende enkele weken dan wel maanden. Omdat verzoekster echter bang was voor een operatie, zoals zij al aan haar linkerenkel had ondergaan, heeft zij voor deze klachten niet meteen een arts geraadpleegd.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen op grond van schriftelijke informatie en procedures. Verzoekster is op geen enkele wijze gezien of gehoord door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de klachten al een aantal maanden bestonden en dat zij een conservatief traject heeft gevolgd, bestaande uit pijnmedicatie en fysiotherapie. Op advies van de fysiotherapeut heeft zij de betreffende orthopedisch chirurg geconsulteerd. Er is dus wel degelijk sprake van een medische indicatie voor de ingreep. Dit blijkt ook uit de verklaring van de behandelend chirurg. Voorts heeft verzoekster benadrukt dat zij de ziektekostenverzekeraar tijdig heeft verzocht om toestemming van de ingreep. Deze heeft evenwel nagelaten tijdig te reageren en heeft bepaalde medische informatie niet meegenomen in zijn beoordeling.
- 4.8. Bij e-mailbericht van 15 september 2013 heeft verzoekster gereageerd op het CVZ-advies. Verzoekster meent dat het CVZ onvoldoende kennis heeft genomen van alle aanwezige stukken en is voorbij gegaan aan zowel de behandelwijze van de betreffende chirurg als het afbreken van de behandeling met een verwijzing naar de orthopedisch chirurg door de fysiotherapeut. Verzoekster meent voorts dat als een richtlijn niet volledig toepasbaar is op een bepaalde situatie, deze richtlijn om die reden niet relevant is.
- 4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het moet gaan om de minst ingrijpende, noodzakelijke behandeling voor de betreffende verzekerde. Er moet sprake zijn van een medische indicatie voor de behandeling en de behandeling mag niet onnodig duur zijn.

- 5.2. Verzoekster heeft enige tijd last gehad van haar rechterenkel. Hiervoor is zij driemaal behandeld door een fysiotherapeut. Vervolgens is zij direct voor behandeling naar de orthopeed in Deurne gegaan. Alleen bij ernstige klachten, zoals een peesruptuur of deformiteit, is opereren een optie. Meestal gaat het echter om slijtage die conservatief moet worden behandeld, zo nodig met ondersteuning van een fysiotherapeut.
- 5.3. Uit de dossierstukken blijkt dat er (nog) geen indicatie was voor een operatie. Uit de medische informatie, met name de echo van 8 augustus 2012, blijkt dat sprake was van een ontsteking zonder dreigende ruptuur.
- 5.4. Verzoekster is in 2006 geopereerd aan haar linkerenkel. De kosten van deze ingreep zijn destijds vergoed, omdat sprake was van een volledige ruptuur. In 2012 ging het duidelijk om een andere situatie. Daarenboven is het enkele feit dat eerder een vergoeding is toegekend voor een ingreep geen aanleiding een volgende ingreep te vergoeden. Iedere aanvraag dient immers te worden getoetst. Ook maakt de eerdere operatie niet dat in dit geval niet eerst conservatieve therapie dient te worden gevolgd.
- 5.5. Door de beslissing op haar aanvraag niet af te wachten heeft verzoekster bewust het risico aanvaard dat de kosten van de ingreep voor haar rekening zouden blijven.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een en ander rond de beantwoording van de aanvraag sneller had gekund, maar dat zeker geen sprake is van onzorgvuldig handelen. De ziektekostenverzekeraar heeft destijds informatie opgevraagd en daarmee zorgvuldig gehandeld. Er is geen toestemming verleend. Het enkele feit dat op het moment van opereren geen beslissing op de aanvraag was gegeven betekent niet automatisch dat aanspraak bestaat op vergoeding. In 2012 was geen sprake van een dreigende ruptuur, daarom was geen sprake van een indicatie voor operatie.
- 5.7. Bij e-mailbericht van 16 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld geen inhoudelijke reactie wordt geacht op het CVZ-advies.
- 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 artikel A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 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 B.2 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

(...)

Deze zorg omvat:

a. medisch specialistische behandeling;

b. opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);

c. verblijf, verpleging en verzorging;

d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;

e. laboratoriumonderzoek.

(...)

8.3. In artikel B.2 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“Voor vergoeding van zorg in het buitenland is er verschil tussen:

a. verzekerden die wonen in Nederland (artikel B.2.1.);

(...)

Gaat u in het buitenland naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.0.6.”

8.4. Artikel A.0.6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt hoe hoog de vergoeding is die wordt verleend voor genoten zorg bij een niet gecontracteerde zorgverlener, te weten 75 percent van het wettelijk bepaalde tarief dan wel het marktconforme tarief indien de zorg tijdig beschikbaar was bij een gecontracteerde zorgaanbieder, en 100 percent van het wettelijk bepaalde tarief dan wel het marktconforme tarief indien de zorg niet tijdig beschikbaar was bij een gecontracteerde zorgaanbieder.

8.5. Artikel A.3.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat alleen aanspraak bestaat op zorg waarop de verzekerde - gelet op diens indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

8.6. De artikelen B.2 en B.4 van de zorgverzekering en A.0.6 en A.3.2 van zijn de algemene voorwaarden van de zorgverzekering volgens artikel A.2 van de algemene voorwaarden 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.8. 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.
- 8.9. 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. (...)*”
- 8.10. In artikel D.14.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland geregeld, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:
- “De zorg omvat:*
- a. niet-spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf buiten uw woonland;*
 - b. niet-spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf buiten uw woonland maar in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat.*
- Het moet om zorg gaan, die ook zou zijn vergoed als die in Nederland of uw woonland zou hebben plaatsgevonden.*
(...)”
9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De onderhavige kosten zijn gemaakt in België, een lidstaat van de EU. Er is sprake van planbare zorg; verzoekster is naar een andere lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Zij is daarbij gehouden de ziektekostenverzekeraar een redelijke termijn te gunnen voor de verwerking van dit verzoek. Gezien de medische situatie van verzoekster is een termijn van 18 dagen niet te beschouwen als een redelijke termijn zodat de situatie vergelijkbaar is met die waarin voorafgaand aan de behandeling in het geheel geen toestemming is gevraagd. De verordening vindt derhalve geen toepassing en er dient te worden getoetst aan de geldende artikelen van de zorgverzekering.
- 9.2. Op grond van artikel B.2 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Gezien het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt dient allereerst te worden vastgesteld of bij verzoekster sprake was van een (verzekerings)indicatie voor de onderhavige behandeling, zoals bedoeld in artikel A.3.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Het CVZ heeft in zijn advies van 11 juli 2013 geconcludeerd dat verzoekster geen indicatie had voor de onderhavige enkeloperatie. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Verzoekster heeft geen aanspraak op deze ingreep ten laste van de zorgverzekering. De stelling van verzoekster dat zij door haar huisarts is verwezen voor de onderhavige ingreep, kan haar niet baten, aangezien uit de verwijzing blijkt dat deze op initiatief van verzoekster is afgegeven. Van een gerichte verwijzing is derhalve geen sprake. Bovendien is de verwijzing afgegeven nadat verzoekster zich tot de Belgische arts had gewend. Ook de verklaring van de Belgische orthopeed van 24 oktober 2012 kan niet leiden tot een andere conclusie, aangezien in de verklaring van 8 augustus 2012 duidelijk is vermeld dat sprake was van een ontsteking en geen melding is gemaakt van een - dreigende - ruptuur. Bovendien toont de echografie geen onderbreking van de normale lamellaire structuur die suggestief voor een scheur is, zodat de verklaring van de orthopeed niet wordt ondersteund door het echografisch onderzoek.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Op grond van artikel D.14.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland. Er bestaat evenwel alleen aanspraak als deze zorg ook zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. Zoals uit het onder 9.3 overwogene blijkt, bestaat geen aanspraak op de vergoeding van de kosten van de onderhavige zorg, omdat verzoekster geen indicatie had voor de ingreep. Daarom bestaat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen recht op vergoeding.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 oktober 2013,

Voorzitter