




ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, operatie in verband met alveeskliekkanker, hoogte vergoeding, tarifiering
Zaaknummer : 201300616
Zittingsdatum : 15 januari 2014

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 Vo 883/2004)


 1. Partijen







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

D te E, hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (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 Extra Zorg Polis Best en het Tand Goed Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 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 in verband met alvleesklierkanker, uitgevoerd te Heidelberg, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de kosten worden vergoed tot een bedrag van € 15.332,85.
-  3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 januari 2013 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 tot tarifiering. Naar aanleiding hiervan is vastgesteld dat de vergoeding € 24.688,30 dient te zijn, waarna een bedrag van € 9.355,45 aan verzoekster is nabetaald.
-  3.4. Bij brief van 9 september 2013 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 € 24.688,30, 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 29 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 oktober 2013 aan verzoekster gezonden.


- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 november 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 31 oktober 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 29 november 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2013133609) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek in te willigen tot het tarief behorende bij zorgproductcode 029199215, met inachtneming van hetgeen tussen partijen is afgesproken omtrent genoten zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. De echtgenoot van verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 januari 2014 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 17 januari 2014 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 22 januari 2014 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. De behandelend gastroenteroloog heeft op 29 oktober 2012 aan de arts in Heidelberg ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"I would like to refer [verzoekster] to you (...) this 68 year old female, presents with icterus, with on CAT scan a mass in the head of the pancreas, suspect for pancreas carcinoma with also lymphadenopathy and a lesion in the liver suspect for a metastasis. We asked the surgeons in the Medical Centre Twente (Enschede) [if] a resection was possible. They think that a resection is not possible, not only because of the suspected metastasis in the liver, but also because of ingrowth into the portal vein for more than 180°. I would like to ask whether you think a resection is possible".*
- 4.2. Verzoekster is van 6 november 2012 tot en met 27 november 2012 opgenomen geweest in het ziekenhuis in Heidelberg. Op 7 november 2012 heeft de ingreep waarvoor verzoekster vergoeding vraagt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. Op 13 november 2013 is zij geopereerd in verband met complicaties.
- 4.3. Verzoekster is via een kennis terecht gekomen bij het ziekenhuis in Heidelberg. Zij heeft voorafgaand aan de ingreep telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, waarbij zij heeft gevraagd naar de vergoeding. Gezegd werd dat de vergoeding geen probleem zou zijn. Deze zou worden gebaseerd op de Nederlandse tarieven, en verzoekster diende voorafgaand aan de operatie een aanvraag in te dienen. Over een maximale vergoeding of het niet vergoeden van de kosten bij complicaties is niet gesproken.
- 4.4. Verzoekster heeft de procedure voor het aanvragen van de behandeling door middel van formulieren niet kunnen volgen vanwege een acute noodsituatie. In overleg met de ziektekostenverzekeraar is op 29 oktober 2012 een scan met begeleidende brief naar de ziektekostenverzekeraar gezonden. Deze bleek bij telefonische navraag op 5 november 2012 echter niet te zijn aangekomen. Aangezien de situatie van verzoekster snel verslechterde, kon zij reeds de volgende dag op het spreekuur van de medisch specialist in het ziekenhuis te Heidelberg komen. Na onderzoek werd besloten dat een operatie mogelijk was, en dat deze zo spoedig mogelijk moest worden uitgevoerd. In de loop van de dag werd bekend dat de operatie de volgende dag kon plaatsvinden. Inmiddels is verzoekster geopereerd, met goede hoop op volledig herstel.
- 4.5. De kosten van de ingreep bedragen € 51.958,--. Hiervan is door de ziektekostenverzekeraar - na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen - € 24.688,30 vergoed. De hoogte van de rekening en de verleende vergoeding liggen zover uit elkaar dat verzoekster beoordeling hiervan door de commissie wenst. Ook de door het ziekenhuis in Heidelberg opgegeven kostenraming voor de eerste operatie ad € 38.100,-- kan verzoekster niet rijmen met de opgave van de Krankenkasse van € 24.688,--.


 4.6. Ter zitting is door de echtgenoot van verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster zes weken vóór de hoorzitting is overleden. Na de operatie heeft zij nog een jaar geleefd. Het grootste probleem vormt voor hem het verschil tussen de gemaakte kosten en de verleende vergoeding. Hij begrijpt dat de arts die heeft behandeld wel wat meer mag kosten omdat hij een professor is, maar vindt het verschil nu wel erg groot.

 4.7. De echtgenoot van 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 heeft van verzoekster een aanvraag ontvangen voor een ingreep in het ziekenhuis in Heidelberg. Aan de hand van deze aanvraag is een DBC zorgproduct vastgesteld met een bijbehorend tarief van € 15.332,85. Dit bedrag is aan het ziekenhuis overgemaakt. Onder de DBC zorgproductcode valt zowel de ingreep als de behandeling van eventuele complicaties. Deze worden in Nederland niet apart vergoed. Gemiddeld genomen is de vergoeding in Nederland kostendekkend.

 5.2. In het kader van de bemiddeling bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten in Duitsland te tarifieren. De Duitse Krankenkasse heeft medegedeeld dat het tarief dat in Duitsland voor de door verzoekster ondergane ingreep wordt vergoed € 24.688,30 bedraagt. Het verschil tussen dit bedrag en het aan de zorgaanbieder vergoede bedrag van € 15.322,85, namelijk € 9.355,45, is aan verzoekster nabetaald. Zij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding.


 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat door verzoekster geen voorafgaande toestemming is gevraagd. Toch is getoetst aan Vo nr. 883/2004. Indien een behandeling niet tijdig in Nederland kan plaatsvinden, bestaat recht op een S2-formulier. De kosten worden dan rechtstreeks vergoed. Omdat vooraf geen toestemming is gevraagd, is dit formulier niet verstrekt. Er is wel achteraf getarifeerd, en toen is een nabetaling gedaan.

 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 10 van de zorgverzekering en 14 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 24.688,30 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 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

-  8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt voor zover hier van belang:
- "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. (...)"
-  8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:
- "Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-jEER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:*
- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-jEER-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. (...)"*
-  8.5. Artikel 1.4 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:
- "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 2012, 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. (...)"*
-  8.6. De artikelen 1.4, 9 en 14 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).
-  8.7. 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 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
-  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 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:
- "Omschrijving:*
een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen. (...)"

8.10. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"t. 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding conform artikel 20 van Vo nr. 883/2004, zodat tevens vaststaat dat het gaat om een verzekerde prestatie waarvoor verzoekster een indicatie heeft. Enkel de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding van € 24.688,30 houdt partijen verdeeld.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, een verzoek tot tarifiering gedaan bij het Duitse uitvoeringsorgaan voor sociale ziektekostenverzekeringen, de Krankenkasse. Deze heeft de medische informatie beoordeeld, en is aan de hand daarvan tot de conclusie gekomen dat de vergoeding in Duitsland € 24.688,30 zou bedragen. In lijn hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een vergoeding verleend. De Krankenkasse wordt geacht de expertise te hebben teneinde aan de hand van het dossier en de Duitse sociale zekerheidswetgeving de juiste vergoeding te kunnen vaststellen. De commissie zal hierin niet treden. Aangezien het 'Duitse' tarief hoger is dan het Nederlandse, en de juistheid van laatstgenoemd tarief geen onderwerp van geschil vormt, heeft verzoekster geen aanspraak op een hogere vergoeding dan € 24.688,30.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt een aanvulling op de dekking vanuit de zorgverzekering voor zorg in het buitenland, voor zover het gaat om spoedeisende zorg. Niet gebleken is dat hiervan in de situatie van verzoekster sprake is. De ingreep was immers niet onvoorzien. Verzoekster is naar Duitsland gegaan met het doel daar de mogelijkheid van een operatie te laten onderzoeken. Deze heeft vervolgens ook plaatsgevonden. Zij heeft daarom geen aanspraak op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 29 januari 2014,



Voorzitter

