

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, tegen D en E, beide te F
Zaak : Zwitserland, reconstructie in verband met fibula aplasie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2011.02210
Zittingsdatum : 26 september 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, artikel 22 Vo 1408/71)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

1) D te F en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 2 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 ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een reconstructie van de enkels in verband met fibula aplasie, uit te voeren te Zürich (Zwitserland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van maximaal € 10.610,15, 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 brieven van 12 juli en 19 september 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 10 april 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 de commissie bij brief van 12 juni 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 juni 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 juni 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 18 juni 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 6 juli 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012077433) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat in Nederland geen even effectieve behandeling mogelijk was als in Zwitserland, namelijk het verkrijgen van loopfunctie met behoud van de voeten. 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 26 september 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 2 oktober 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 8 oktober 2012 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. Verzekerde is bekend met fibula aplasie. De behandelend artsen in Nederland stelden een amputatie van de voeten voor. Verzoekster en haar echtgenoot hebben gezocht naar een alternatief, dat zij hebben gevonden bij een arts in Zwitserland. Deze arts heeft 20 jaar ervaring met de reconstructie van de enkels zoals inmiddels bij verzekerde is uitgevoerd. De operatie is succesvol geweest. Verzekerde kan nu pijnloos plat op haar voeten staan. Ook kan zij lopen, klimmen, en afzetten om met haar loopauto te rijden. De ingreep is derhalve doelmatig geweest.
 - 4.2. Indien bij verzekerde een amputatie had plaatsgevonden, was zij haar gehele leven aangewezen geweest op prothesen. Deze kunnen drukplekken, irritaties en andere complicaties geven. Bovendien moeten deze regelmatig worden vervangen. Verzekerde heeft nu alleen spalken, die goedkoper zijn dan prothesen. Deze zijn nodig voor de groei, maar kunnen op latere leeftijd achterwege blijven. De ziektekostenverzekeraar moet weliswaar hogere kosten maken voor de ingreep die verzekerde heeft ondergaan, maar bespaart kosten op de prothesen. Het gaat hierbij om een besparing van € 250.000 tot € 500.000.

- 4.3. Verzoekster heeft bij verschillende ziekenhuizen geïnformeerd of de in Zwitserland toegepaste ingreep ook in Nederland kon worden uitgevoerd. Haar is medegedeeld dat dit niet het geval was. In Nederland is alleen een amputatie mogelijk. Ook de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster niet kunnen helpen bij het vinden van een gecontracteerde zorgaanbieder die deze ingreep kan uitvoeren. Verzoekster is daarom van mening dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Zwitserland uitgevoerde ingreep volledig te vergoeden, en hiervoor een S2-formulier te verstrekken.
- 4.4. Verzoekster benadrukt dat bij verzekerde geen onderbeenverlenging heeft plaatsgevonden – zoals de ziektekostenverzekeraar stelt – maar een reconstructie van de enkels.
- 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 in Nederland voorgestelde amputatie van de voeten is de meest gebruikelijke ingreep bij fibula aplasie. Ook uit de internationale literatuur blijkt dat een beenverlenging geen betere behandeling is dan amputatie. De ziektekostenverzekeraar heeft deze laatste ingreep op meerdere plaatsen ingekocht, zodat voor verzekerde adequate zorg beschikbaar was.
- 5.2. Het stond verzoekster vrij verzekerde te laten opereren in Zwitserland, doch zij heeft hierbij conform de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Dit tarief is vastgesteld aan de hand van de DBC-codes 05.11.00.1960.0213 en 05.11.00.1960.0216, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 10.610,15. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed. Zij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding.
- 5.3. 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 volledig 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:

“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:

“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. (...)*”

8.5. De artikelen 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).

8.6. 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.

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

8.8. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;

ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een gedeeltelijke vergoeding van de bij verzekerde uitgevoerde ingreep, is de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie, of verzekerde hiervoor een indicatie heeft, en of de zorg doelmatig is bevestigend beantwoord. Rest de vraag naar de hoogte van de vergoeding.
- 9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de ingreep toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, zodat gelet op artikel 20 van Vo 833/2004 dient te worden getoetst of deze toestemming terecht door de ziektekostenverzekeraar is geweigerd. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij heeft onderzocht of de ingreep in Nederland beschikbaar is, en zij is hierbij tot de conclusie gekomen dat dit niet het geval is. Verzoekster heeft deze conclusie met stukken onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander niet bestreden, doch slechts aangevoerd dat het alternatief – namelijk amputatie – door hem in voldoende mate in Nederland is ingekocht, zodat voor verzekerde adequate zorg beschikbaar was. Om die reden is de ziektekostenverzekeraar van mening dat hij de gevraagde toestemming mocht weigeren, en dat verzoekster ingevolge artikel B9 van de zorgverzekering aanspraak heeft op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief.
- 9.3. In artikel 20 van Vo 883/2004 wordt in lid 2 gesproken over “een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling”, waarmee wordt bedoeld op een identieke of even doeltreffende behandeling. De vraag of sprake is van een even doeltreffende behandeling dient volgens vaste rechtspraak van het Hof van Justitie te worden vastgesteld aan de hand van alle omstandigheden van het concrete geval. Hierbij dienen de gezondheidstoestand van de patiënt op het moment waarop om toestemming wordt gevraagd, de mate van pijn, de aard van de handicap en de voorgeschiedenis van de patiënt te worden meegenomen.
- 9.4. Uit jurisprudentie van het Hof van Justitie EU (zaak C-173/09 Elchinov) volgt dat wanneer de door de ziektekostenverzekeraar geboden alternatieve behandeling, die tijdig in het woonland kan worden verstrekt, niet even doeltreffend is als de gevraagde behandeling – en de vraag of op nationaal niveau sprake is van een verzekerde

prestatie bevestigend is beantwoord – verzoekster de toestemming in de vorm van het S2-formulier niet mag worden onthouden.

- 9.5. Mede gelet op het advies van het CVZ van 6 juli 2012 was het behandeldoel het verkrijgen van een loopfunctie met behoud van de voeten, zodat de behandeling die in Nederland voorhanden was, te weten amputatie, niet even doeltreffend was als die in Zwitserland. De ziektekostenverzekeraar had verzoekster derhalve een S2-formulier dienen te verstrekken, en verzoekster heeft aanspraak op het tarief dat volgens het Zwitserse sociale ziektekostenstelsel dient te worden vergoed, eventueel aangevuld tot het maximale in Nederland van toepassing zijnde tarief.
- 9.6. Ten overvloede merkt de commissie op dat het doelmatigheidscriterium zoals naar voren gebracht door de ziektekostenverzekeraar, enkel een rol speelt bij de beoordeling van de aanspraak ingevolge de zorgverzekering. Hiervoor is geen plaats bij de beoordeling in het kader van de doeltreffendheid van de zorg als bedoeld in het tweede toetsingscriterium van de Verordening.
- 9.7. Voor zover na de tarifiering nog kosten onbetaald blijven, oordeelt de commissie als volgt. Verzoekster heeft een naturapolis, waardoor de ziektekostenverzekeraar is gehouden alle zorg die is te beschouwen als een verzekerde prestatie aan zijn verzekerden te leveren. Nu de ziektekostenverzekeraar de voor verzekerde benodigde zorg niet heeft kunnen leveren, is sprake van een tekortkoming in de nakoming van de overeenkomst. Op grond van artikel 6:74 BW is hij gehouden de daardoor ontstane schade te vergoeden. Deze schade omvat de meerkosten van behandeling en ziekenhuisopname van verzekerde die verzoekster aantoonbaar heeft gemaakt en die het bedrag van de tarifiering overstijgen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.10. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 10 oktober 2012,

Voorzitter