

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, resectie hersentumor, hoogte
vergoeding
Zaaknummer : 2012.00961
Zittingsdatum : 12 september 2012

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 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo 883/2004, art. 56 VWEU)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een resectie van een hersentumor, uitgevoerd te Gent (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 10.481,22.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 12 april 2012 heeft verzoeker 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).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juli 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 juli 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 12 juli 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 7 augustus 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012086020) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat sprake was van een complexer en langduriger operatietraject dan de ziektekostenverzekeraar had voorzien bij voorafgaande bepaling van de DBC. Daarom is een hogere DBC gerechtvaardigd, te weten 08.11.00.1140.0023 met een bijbehorend tarief van € 15.530,57. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging van de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker heeft naar aanleiding van de ontvangst van het CVZ advies de commissie medegedeeld geen behoefte meer te hebben voor het geven van een nadere toelichting. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 september 2012 telefonisch medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Bij verzoeker is op 15 juni 2011 in Gent een hersentumor verwijderd. De ziektekostenverzekeraar heeft slechts een gedeeltelijke vergoeding verleend. De totale kosten van de operatie beliepen € 23.153,76. Begin juni was er niet op zeer korte termijn een behandeling in Nederland beschikbaar. De ziektekostenverzekeraar meent van wel, maar heeft dit niet aangetoond. De hoogte van de vergoeding is gebaseerd op een DBC-code die door een medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is vastgesteld. Deze medisch adviseur werkt voor de ziektekostenverzekeraar en is zodoende niet onafhankelijk. Verzoeker wenst een beoordeling door een onafhankelijk arts.
 - 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Omdat deze of een vergelijkbare behandeling ook tijdig in Nederland kon worden gegeven, is aan verzoeker geen E112-formulier verstrekt, en heeft verzoeker aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Ter vaststelling hiervan is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 08.11.00.1115.0023 met een bijbehorend tarief van € 10.481,22.
 - 5.2. In zijn nader commentaar van 10 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld een aanvullende vergoeding te kunnen verlenen van € 4.388,80 voor het verblijf op de intensive care (IC). Het betreft hierbij driemaal declaratiecode 190141 en éénmaal declaratiecode 190142. Verzoeker 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. Beoordeling van het geschil
- 8.1. In reactie op het hem toegezonden CVZ-advies van 7 augustus 2012 heeft verzoeker bij faxbericht van 4 september 2012 verklaard zich te kunnen vinden in hetgeen in het advies wordt gesteld, te weten dat een hogere DBC-code (08.11.00.1140.0023) is gerechtvaardigd, met een hierbij behorend tarief van € 15.530,57. In zijn schrijven merkt verzoeker op dat hij ervan uitgaat dat de ziektekostenverzekeraar, conform het advies, zal overgaan tot een nabetaling van € 5.049,35.
- 8.2. Bij e-mailbericht van 10 september 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat genoemd bedrag alsnog door hem zal worden vergoed. De commissie stelt vast dat het oorspronkelijke geschil hiermee is opgelost.
- 8.3. Aangezien de ziektekostenverzekeraar eerst in dit stadium van de procedure is overgegaan tot het verlenen van een aanvullende vergoeding, acht de commissie termen aanwezig hem te verplichten het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,-- te vergoeden.
9. Het bindend advies
- 9.1. De commissie wijst het stelt vast dat met de verlening van een aanvullende vergoeding van € 5.049,35 het oorspronkelijke geschil is opgelost.
- 9.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 10 oktober 2012,

Voorzitter