

A vertical column of 15 small, orange icons is positioned on the left side of the page. The icons represent various types of people: a person walking, a person in a wheelchair, a person with a cane, a person with a hearing aid, a person with a prosthetic arm, a person with a prosthetic leg, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, and a person with a hearing aid.

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, MRI, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201301844
Zittingsdatum : 19 maart 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)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, 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 aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis (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 en Tand afgesloten (hierna gezamenlijk: 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 MRI-scan, uitgevoerd te Frankfurt am Main, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 januari 2013 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 31 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld alsnog een gedeeltelijke vergoeding ter hoogte van € 158,61 te verlenen.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 4 oktober 2013 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 17 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 december 2013 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 februari 2014 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 20 december 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 30 januari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2013158578) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben in het onderhavige geschil. Om de commissie tegemoet te komen is medegedeeld dat het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC zorgproduct passend is. 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 19 maart 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 21 maart 2014 heeft de commissie het CVZ een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of dit stuk aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 maart 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen van de hoorzitting geen aanleiding vormen 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 reeds lange tijd last van haar darmen, gepaard gaande met diarree. Daarnaast heeft zij blaren in de mond. In 2011 kreeg zij plotseling ook last van pijn in haar bovenbenen. Dit resulteerde erin dat zij de gehele dag op de bank lag en niet kon lopen. Omdat verzoekster geen huisarts heeft, heeft zij een haar bekende arts bezocht. Deze verwees haar door naar twee verschillende reumatologen, een neuroloog en een arts gespecialiseerd in stofwisselingsziekten. Verder heeft verzoekster de internist geraadpleegd waarbij zij onder behandeling is in verband met hypothyreoïdie. Niemand kon echter iets voor haar betekenen en zij werd verwezen naar de pijnpoli en de psychiater.
- 4.2. Verzoekster is voorts verwezen naar een neuroloog in Meppen, Duitsland, waarmee de ziektekostenverzekeraar een contract heeft. Deze arts voerde enkele onderzoeken uit en kwam tot de conclusie dat verzoekster een hoogpositieve fructose-intolerantie heeft. Verzoekster kreeg een dieet voorgeschreven en medicatie voor haar schildklier. Zij kon toen de pijnmedicatie gaan afbouwen en kon een jaar later weer op therapeutische basis aan het werk.
- 4.3. Verzoekster heeft onderzoek laten doen naar voornoemde intolerantie, en dit blijkt een secundair probleem te zijn dat optreedt bij een primaire darmaandoening. Na rondvraag bij collega's door de arts die verzoekster eerder had verwezen, bleek dat zij terecht kon bij dr. Stein te Frankfurt am Main, die gespecialiseerd is in deze aandoening. Hij maakte een MRI-scan, die € 744,48 kostte. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan slechts € 158,61 vergoed. De door hem in dat kader gehanteerde DOT-code is echter onjuist, aangezien wordt uitgegaan van een MRI-scan abdomen, terwijl een MRI-scan met contrast is uitgevoerd. Een arts in Nederland heeft verzoekster de noodzaak hiervan bevestigd.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat het geen vrijwillige keuze was om voor onderzoek en behandeling naar Duitsland te gaan. De Nederlandse artsen hadden haar verteld dat zij maar naar de pijnpoli en een psychiater moest gaan. Nadat in Duitsland een fructose-intolerantie was vastgesteld, is zij een streng dieet gaan volgen. Na twee maanden had zij voor het eerst in haar leven een normale ontlasting.
- 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 ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten van de gemaakte MRI-scan in eerste instantie afgewezen op de grond dat dit onderzoek voor verzoekster niet medisch noodzakelijk was. Ingevolge artikel B5

van de zorgverzekering heeft zij daarom geen aanspraak op vergoeding. Ook heeft geen geldige verwijzing naar de arts te Frankfurt am Main plaatsgevonden.

- 5.2. Na heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar besloten verzoekster een gedeeltelijke vergoeding te verlenen ter hoogte van € 158,61. Hierbij is uitgegaan van de zorgproduct code 087090 met een bijbehorend tarief van € 260,62. Verzoekster heeft aanspraak op 60 percent van dit bedrag, omdat zij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft bezocht. De vergoeding komt daarmee uit op € 156,37. De medewerker die de beoordeling heeft uitgevoerd, is ten onrechte uitgegaan van het tarief van augustus 2013 als basis voor de berekening, zodat een vergoeding is verleend van € 158,61. Verzoekster is hierdoor financieel bevoordeeld. Het verschil zal echter niet bij haar worden teruggevorderd.
- 5.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 21 augustus 2012 toestemming gevraagd voor het uitvoeren van een MRI in Duitsland bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zij was daarbij gehouden de ziektekostenverzekeraar een redelijke termijn te gunnen voor de verwerking van het verzoek. Het onderzoek vond plaats op 24 augustus 2012. In de brief van verzoekster is een snelle reactie gevraagd, maar is de datum van het onderzoek niet genoemd. Niet gesproken kan worden van een redelijke termijn, zodat een situatie ontstaat die vergelijkbaar is met de situatie waarin geen toestemming is gevraagd. De Verordening nr. 883/2004 is derhalve niet van toepassing.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat door het CVZ is bevestigd dat de toegepaste DBC-code juist is.
- 5.5. 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 restitutiepolis met gecontracteerde zorg, zodat de verzekerde is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op vergoeding van 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:

“Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd. (...)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt.

Let op

Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van specialistische zorg. Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de WTZi, wordt niet vergoed. Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt. [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Raadpleeg de lijst op [naam website] of bel met onze klantenservice. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Er gelden maximale vergoedingen. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op [naam website]. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen dan krijgt u een vergoeding van het bedrag dat in Nederland marktconform is."

- 8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

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 [naam 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 [naam 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.*

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland. (...)"

- 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 b 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 vergoeding van de kosten van 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. 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.

8.8. Artikel 20 van Vo. nr. 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. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft voldoende aannemelijk gemaakt, en tijdig aan verzoekster medegedeeld, dat het hier verzekerde zorg betreft die tijdig in Nederland dan wel buiten Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar is. De ziektekostenverzekeraar was onder deze omstandigheden niet gehouden een S2-formulier af te geven. Eerder genoemde verordening blijft derhalve buiten toepassing en getoetst dient te worden aan artikel B9 van de zorgverzekering.

9.3. Niet in geschil is dat een MRI-scan een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de hoogte van de vergoeding van € 158,61 juist is. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.4. De ziektekostenverzekeraar is bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van DOT-code 087090 met als omschrijving: *“MRI abdomen: per zitting maximaal 2 MRI codes declareren, kan niet naast code 087070 of 088090 (...)”* en een bijbehorend tarief van € 260,62 (augustus 2012). Verzoekster heeft gesteld dat deze code onjuist is, omdat bij haar een MRI-scan met contrast is uitgevoerd. Uit gegevens van de Nza met betrekking tot een MRI-scan blijkt dat de soort MRI-scan en het daarbij behorende tarief worden afgeleid aan de hand van het onderdeel van het lichaam dat is onderzocht. Enkel bij een MRI-scan van de hersenen wordt een onderscheid gemaakt tussen een MRI-scan met en zonder contrast. Voor een MRI-scan van het abdomen bestaat slechts één code, namelijk de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde code. Deze is daarom juist. Rest de vraag of verzoekster recht heeft op vergoeding van het gehele bedrag, dan wel 60 percent daarvan, zoals door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd.

9.5. In de Memorie van Toelichting bij artikel 13 Zvw is, voor zover hier van belang, bepaald dat een zorgverzekeraar de vergoeding niet zo mag vaststellen dat een feitelijke hinderpaal ontstaat voor het in een andere EU-lidstaat betrekken van zorg. Het Gerechtshof te 's Hertogenbosch heeft bij arrest van 9 juli 2013 bepaald dat een korting

van 50 percent een feitelijke hinderpaal vormt. Ten aanzien van een korting van 40 percent heeft het hof zich niet uitgesproken. Wel is overwogen dat de vergoedingsnorm volgens de Minister van VWS destijds op 75-80 percent lag. De minister had zich hierover tien maanden vóór de uitspraak uitgesproken.

- 9.6. De norm van 75-80 percent werd in 2012 door een groot deel van de zorgverzekeraars gehanteerd. De onderhavige MRI-scan is gemaakt op 24 augustus 2012. Gelet op de toenmalige omstandigheden acht de commissie het redelijk dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster 75 percent van het tarief van € 260,62 vergoedt, zijnde de ondergrens die door een groot deel van de markt werd gehanteerd ten tijde van het uitvoeren van de MRI-scan. Een vergoeding van minimaal 75 percent van het Wmg- dan wel het marktconforme tarief levert geen feitelijke hinderpaal op. Een en ander lijkt ook bevestigd te worden in een arrest van de Hoge Raad van 11 juli 2014 (ECLI:NL:HR:2014.1646). De commissie tekent hierbij nog aan dat de inzichten met betrekking tot de hoogte van de korting in de loop der tijd kunnen wijzigen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een MRI-scan, zodat deze verzekering verder onbesproken kan blijven.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.6. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 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 gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.6. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 27 augustus 2014,

Voorzitter