



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C en de heer D, beiden te E ,tegen F te G en H te I
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, totale heuparthroplastiek enkelzijds met minimaal invasieve techniek, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201301055
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, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C en de heer D, beiden te E,
tegen

- 1) F te G, en
 - 2) H te I,
- 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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Polis 4 sterren 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een totale heuparthroplastiek enkelzijds met minimaal invasieve techniek, uitgevoerd te Sint-Martens-Latem, België (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 27 maart 2012 en 8 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een S2-formulier wordt afgegeven, en dat indien dit formulier niet wordt gebruikt dan wel niet wordt geaccepteerd, de vergoeding maximaal € 6.906,88 bedraagt.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 juni 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 brief van 24 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 € 6.906,88 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 20 januari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 januari 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Verzoekster heeft bij brief van 14 februari 2014 gereageerd op het onder 3.6 genoemde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 februari 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 maart 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 maart 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 maart 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.11. Bij brief van 21 maart 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 maart 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2014042084) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben, aangezien het geschil geen betrekking heeft op de te verzekeren prestaties zoals vermeld in artikel 11 Zvw.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 31 maart 2014 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 4 april 2014 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Artikel 3 lid 7 van het Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen bepaalt dat geen geschillen tussen zorgverleners en zorgverzekeraar, dan wel geschillen tussen zorgverzekeraars onderling worden behandeld. Dit geldt ook als het geschil wordt voorgelegd door een consument. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het feit dat verzoekster haar vordering heeft gecedeerd aan de Nederlandse Heupkliniek meebrengt dat geen sprake (meer) is van een geschil tussen verzekerde en zorgverzekeraar, maar tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Volgens verzoekster is dit echter niet juist. De vordering van € 9.463,70 is weliswaar gecedeerd aan de Nederlandse Heupkliniek, maar verzoekster heeft haar vordering slechts kunnen cederen voor zover zij een vorderingsrecht heeft of te gelde kan maken. Als de ziektekostenverzekeraar slechts een deel van de kosten van de behandeling betaalt, kan zij hooguit dit deel van haar vorderingsrecht cederen. Aangezien de Nederlandse Heupkliniek een vorderingsrecht van € 9.463,70 op verzoekster heeft, kan deze, ook na cessie van de vordering van verzoekster op de ziektekostenverzekeraar, betaling van het eventueel resterende bedrag van haar eisen. Verzoekster heeft hierdoor wel degelijk belang bij uitbetaling van het volledige bedrag en daarmee bij voorlegging van het geschil met de ziektekostenverzekeraar aan de commissie. Van een geschil tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar is, anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, geen sprake. De commissie is daarom bevoegd over het geschil te oordelen.
- 4.2. Met betrekking tot het CVZ-advies merkt verzoekster het volgende op. Het CVZ stelt dat het geschil geen betrekking heeft op de te verzekeren prestaties zoals vermeld in artikel 11 Zvw, waardoor naar eigen zeggen geen adviesbevoegdheid bestaat. Indien het CVZ hiermee bedoelt te zeggen dat de zorg die verzoekster heeft ontvangen geen verzekerde zorg is als bedoeld in artikel 11 Zvw, is dit onjuist. Artikel 2.1 Bzv bepaalt dat zorg en overige diensten, zoals bedoeld in artikel 11, zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bzv. Volgens artikel 2.4 Bzv omvat geneeskundige zorg de zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden. De zorg die verzoekster heeft ontvangen is zorg zoals zoals medisch specialisten die plegen te bieden, en komt daarmee voor vergoeding in aanmerking. Daarnaast voldoet de zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals het Bzv eist. Een totale heupartoplastiek met minimaal invasieve anterieure techniek wordt in enkele Nederlandse ziekenhuizen uitgevoerd en voldoet reeds daardoor aan de stand van de wetenschap en praktijk. Onderhavig geschil heeft daarmee wel degelijk betrekking op een prestatie als bedoeld in artikel 11 Zvw. Het CVZ is derhalve bevoegd een advies uit te brengen.

- 4.3. De huisarts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "(...) *coxarthrose* (...)".
- 4.4. De behandelend orthopedisch chirurg heeft ter zake van verzoekster verklaard: "(...) [Verzoekster] *klaagde toenemend over liespijnklachten links: pijn bij het lopen, nachtelijke pijn. De loopafstand bedraagt nog 1000 meter (rustig lopen). Als pijnstilling gebruikt [verzoekster] paracetamol codeïne hetgeen niet meer toereikend is. Bij het klinisch onderzoek is voornamelijk de endorotatie van het heupgewricht links beperkt. Er is een beenlengteverschil van 0 cm. Het röntgenonderzoek van het bekken en van beide heupen zijdelings laat een coxarthrose zien links waarvoor een operatieve behandeling geïndiceerd is. Na overleg met [verzoekster] werd besloten tot het verrichten van een totale heuparthroplastiek via spiersparende anterieure benadering. Hierdoor is het post-operatief verloop verkort en het revalidatie-programma veel gemakkelijker te doorlopen.*"
- 4.5. Op 23 april 2012 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt plaatsgevonden.
- 4.6. Verzoekster heeft in augustus 2011 de behandelend orthopedisch chirurg voor het eerst geconsulteerd in verband met heupklachten. Deze stelde voor een nieuwe heup te plaatsen. Nadien kreeg verzoekster te maken met zijn opvolger, omdat de behandelend orthopedisch chirurg intussen was vertrokken uit het betreffende ziekenhuis. Verzoekster was niet tevreden over de behandeling door deze opvolger. Daarom heeft zij met een beroep op het recht van vrije artskeuze de behandelend orthopedisch chirurg opgespoord, aangezien zij van meet af aan vertrouwen had in zijn kennis en kunde. In maart 2012 is een aanvraag ingediend voor vergoeding van de heupoperatie, uit te voeren in België door de behandelend orthopedisch chirurg. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor toestemming verleend.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van een bedrag van € 6.906,88. Dit is niet toereikend. De reden voor deze gedeeltelijke vergoeding is volgens de ziektekostenverzekeraar dat het een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland betreft, waardoor 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief wordt vergoed. Verzoekster stelt dat dit niet uit de polisvoorwaarden is op te maken. Bovendien heeft zij op grond van Europese richtlijnen aangaande grensoverschrijdende patiëntenzorg recht op een vergoeding die gelijk is aan het tarief dat geldt in de lidstaat van behandeling. Voorwaarden hiervoor zijn dat de behandeling voldoet aan de kwaliteitseisen en de kosten binnen de normering van de lidstaat van behandeling vallen. Verzoekster stelt verder dat zij aanspraak heeft op volledige vergoeding omdat toestemming is verleend door de ziektekostenverzekeraar en de zorg valt binnen het wettelijke basispakket. Dat de zorg is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder doet niet ter zake. Het is verzoekster bekend dat andere verzekeraars een hogere vergoeding toekennen. De ziektekostenverzekeraar kan zich in een situatie als de onderhavige niet beroepen op de Nederlandse wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden, omdat haar daarmee het recht op vrije artskeuze wordt ontnomen en het gelijkheidsbeginsel niet wordt nageleefd. Bovendien is het notabedrag lager dan het Wmg-tarief en het maximale Nederlandse tarief. Verzoekster voelt zich gediscrimineerd. Voorts verklaart verzoekster dat de operatie succesvol is geweest. Zij was na de ingreep direct in staat haar been en heup te belasten.
- 4.8. Verzoekster merkt nog op dat toestemming niet mag worden geweigerd indien de betreffende behandeling niet of niet tijdig in de bevoegde lidstaat (in casu Nederland) kan worden verkregen. Onderhavige behandeling is weliswaar beschikbaar in Nederland, maar niet zonder wachtlijst bij een gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster toestemming verleend voor de heupoperatie in België. Het is onredelijk en onbillijk dan een zodanig groot deel van de kosten (€ 2.556,82) voor haar rekening te laten komen.
- 4.9. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Ter aanvulling is aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de toegezegde vergoeding aan verzoekster heeft betaald, waarna zij deze heeft overgemaakt aan de behandelend arts. De bedoeling van de akte van cessie was evenwel dat de vergoeding rechtstreeks aan de zorgverlener zou worden betaald. De verleende vergoeding betreft niet het gehele notabedrag. Verzoekster heeft zodoende belang bij volledige vergoeding, aangezien zij voor het resterende gedeelte wordt aangesproken. Feitelijk is derhalve sprake van een geschil tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar aangaande de hoogte van de vergoeding. De bevoegdheid van de commissie is hiermee gegeven. Dit standpunt wordt bevestigd door het feit dat de commissie het verzoek ontvankelijk heeft verklaard. Op grond van artikel 8 lid 1 van het reglement van de commissie wordt de ontvangst van een verzoek bevestigd en wordt verzocht het entreegeld te voldoen, indien de commissie van oordeel is dat het verzoek ontvankelijk is en in

behandeling zal worden genomen. Aangezien de commissie zich eerst over de vraag moet buigen of zij bevoegd is van een geschil kennis te nemen voordat wordt toegekomen aan de vraag of het verzoek ontvankelijk is, kan niet anders dan worden geconcludeerd dat het verzoek ontvankelijk is en dat de commissie bevoegd is zich over het verzoek te buigen.

Voorts stelt verzoekster dat op 27 maart 2012 een S2-formulier is afgegeven voor de operatie. Dit wordt door de ziektekostenverzekeraar niet betwist, zoals blijkt uit de brief van 19 juni 2013. Verzoekster heeft op grond van Vo. nr. 883/2004, Vo. nr. 987/2009 en artikel 56 VWEU en de daarop gebaseerde jurisprudentie recht op volledige vergoeding van de kosten van de heupoperatie. Op basis van artikel 20. Vo. nr. 883/2004 heeft verzoekster recht op een heupoperatie, uitgevoerd door een Belgische zorgaanbieder, die voor rekening van de ziektekostenverzekeraar komt, indien daarvoor toestemming is verleend. Dit is geschied, zodat aanspraak bestaat op volledige kostenvergoeding (artikel 20 lid 2 Vo. nr. 883/2004 juncto artikel 26 lid 7 Vo. nr. 987/2009). De verleende toestemming geeft zonder meer recht op vergoeding van de ontvangen zorg. Het feit dat het S2-formulier niet is gebruikt is niet relevant, aangezien op grond van artikel 35 Vo. nr. 883/2004 verstrekkingen die in België zijn verleend aan verzoekster door de ziektekostenverzekeraar volledig worden vergoed aan het Belgische orgaan. Voor de ziektekostenverzekeraar maakt het zodoende geen verschil of verzoekster eerst een deel van de kosten vergoed had gekregen via het Belgische orgaan of dat deze direct geheel werden gedeclareerd. Artikel 26 lid 7 Vo. nr. 987/2009 bepaalt dat een zorgverzekeraar de kosten van een behandeling aan een verzekerde dient te vergoeden tot het bedrag dat voor dezelfde behandeling in Nederland zou zijn vergoed. Aangezien verzoekster in Nederland niets had hoeven bijbetalen, levert het slechts vergoeden van een deel van de kosten wanprestatie op. Artikel 56 VWEU bepaalt dat Lidstaten het vrij verkeer van diensten niet mogen beperken. Geneeskundige behandelingen worden beschouwd als diensten in de zin van dit artikel. Zoals het Hof Den Bosch heeft geoordeeld (Hof Den Bosch, 19-11-2002, LJN AF3205, Jansen/VGZ) zijn niet alleen Lidstaten gebonden aan deze bepaling; ook zorgverzekeraars behoren deze verdragsbepaling na te leven. Het Hof van Justitie heeft in zijn jurisprudentie de toepassing van artikel 56 VWEU nader uitgewerkt. Uit die jurisprudentie blijkt dat als uitgangspunt geldt dat patiënten geen voorafgaande toestemming nodig hebben om in een andere EU-lidstaat behandeld te worden. Dit is slechts in uitzonderingsgevallen te rechtvaardigen. Omdat intramurale zorg gepland moet worden, heeft het Hof toegestaan dat alleen voor dit soort zorg voorafgaande toestemming moet worden gevraagd. Verdere beperkingen van het vrij verkeer van diensten zijn door het Hof niet toegestaan. Uit de jurisprudentie blijkt verder dat de kosten van grensoverschrijdende zorg vergoed moeten worden door een zorgverzekeraar als de behandeling die is ondergaan tot het verzekerde pakket in het land van herkomst behoort. Als een patiënt voor het ondergaan van een dergelijke behandeling zou moeten bijbetalen, houdt dit volgens het Hof een niet toegestane beperking van het vrij verkeer van diensten in. Onbetwist is dat de heupoperatie die verzoekster heeft ondergaan binnen het verzekerde pakket valt. Daarnaast staat als een paal boven water dat zij niets had hoeven te betalen voor de behandeling als zij deze bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland zou hebben ondergaan. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de verdragsbepaling inzake het vrij verkeer van diensten schendt door de kosten van de heupoperatie niet volledig te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar schijnt te denken dat hij op grond van de Europese regelgeving verplicht is slechts 80% van het marktconforme tarief aan verzoekster te vergoeden. Kennelijk meent de ziektekostenverzekeraar dat door hem kan worden volstaan met een vergoeding van grensoverschrijdende zorg die overeenkomt met de vergoeding voor ongecontracteerde zorg in plaats van gecontracteerde zorg. Dit is apert onjuist. De ziektekostenverzekeraar contracteert immers primair (of zelfs uitsluitend) binnenlandse zorgaanbieders. Het is evident dat veel meer binnenlandse zorgaanbieders zijn gecontracteerd dan buitenlandse. Enkel bij zorgverlening door gecontracteerde (binnenlandse) zorgaanbieders bestaat aanspraak op vergoeding van 100% van de gemaakte kosten. Bij buitenlandse zorgaanbieders bedraagt deze vergoeding 80%. De ziektekostenverzekeraar maakt een ongeoorloofd onderscheid tussen binnenlandse en buitenlandse zorgaanbieders en dit is verkapte discriminatie, hetgeen in strijd is met het vrij verkeer van diensten (vgl. o.a. HvJ EG 12-07-2001, nr. C-368/98, Vanbraekel en HvJ EG 13-05-2003, nr. C-385/99, Müller-Fauré en Van Riet). Feitelijk wordt een drempel opgeworpen om naar een aanbieder in een andere Lidstaat te gaan, want patiënten moeten zelf een deel van de kosten van de verleende zorg betalen. Dit is niet toegestaan. Het Hof heeft zich altijd kritisch uitgelaten over de stelling dat, indien de zorg in een andere lidstaat zou zijn ondergaan bij een gecontracteerde zorgaanbieder, wél de volledige kosten zouden zijn vergoed en dat daarom het Europese recht niet zou zijn geschonden. Dit argument is altijd afgewezen met de overweging dat een nationale verzekeraar meer contracten sluit met binnenlandse zorgaanbieders dan met zorgaanbieders uit andere lidstaten. Het effect van een stelsel waarbij de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg sterk is beperkt betekent dat het in het algemeen goedkoper is voor patiënten om naar binnenlandse zorgaanbieders te gaan dan naar vergelijkbare zorgaanbieders in andere lidstaten. Dit wordt gezien als verkapte discriminatie.

Verzoekster verklaart dat de instelling die de zorg aan haar heeft verleend een instelling naar Belgisch recht is. Deze Belgische instelling heeft de verleende zorg gefactureerd. Dat een deel van de zorg in Nederland is verleend en dat de behandelend arts over een BIG-registratie beschikt, doet hier niets aan af. De ziektekostenverzekeraar schijnt op grond hiervan van mening te zijn dat de instelling een Nederlandse zorgaanbieder is. Echter, in werkelijkheid gaat de ziektekostenverzekeraar er vanuit dat geen sprake is van een instelling naar Nederlands recht. Als de stelling namelijk is dat het in rekening brengen van een tarief voor de behandeling door de zorgaanbieder een economisch delict oplevert, dan houdt het vergoeden van dit tarief door de ziektekostenverzekeraar evenzeer een economisch delict in. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar een vergoeding toegekend. Het argument van de ziektekostenverzekeraar kan daarom niet serieus worden genomen en lijkt slechts te worden aangevoerd om aan een betalingsverplichting te ontkomen.

Voorts stelt verzoekster dat het tarief dat de ziektekostenverzekeraar hanteert voor de heupoperatie lager is dan het tarief dat andere verzekeraars hanteren.

Verzoekster concludeert recht te hebben op volledige kostenvergoeding. Voor zover de polisvoorwaarden in strijd zijn met het Europese recht, zijn deze nietig en binden deze verzoekster niet.

4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft haar vordering op de ziektekostenverzekeraar gecedeerd aan de Nederlandse Heupkliniek. Dit volgt uit de nota en de akte van cessie. De Nederlandse Heupkliniek heeft in dit kader verzocht om betaling van de kosten van de heupoperatie die verzoekster aldaar heeft ondergaan.

De ziektekostenverzekeraar is, gelet op artikel 3 lid 7 van het Reglement van de commissie, van oordeel dat de commissie niet bevoegd is tot behandeling van het geschil dat verzoekster aanhangig heeft gemaakt. De commissie dient zich onbevoegd te verklaren.

5.2. Verzoekster heeft een overeenkomst van zorgverzekering gesloten met de ziektekostenverzekeraar. De polisvoorwaarden en reglementen zijn bepalend en leidend. Verzoekster heeft een naturapolis. Dit betekent dat zij aanspraak heeft op zorg door gecontracteerde zorgaanbieders. Indien verzoekster ervoor kiest zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te wenden, heeft zij recht op een door de ziektekostenverzekeraar te bepalen vergoeding. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen zorgverleners in Nederland en zorgverleners in het buitenland. Een en ander is omschreven in artikel 13 van de zorgverzekering. De privékliniek in België waar verzoekster is geopereerd, is geen gecontracteerde zorgaanbieder. Voorts geldt voor de aanspraak op vergoeding dat sprake moet zijn van een verwijzing door de (huis)arts of specialist in Nederland, de zorg een verstrekking is in het kader van de zorgverzekering, en de zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Alsdan bestaat aanspraak op vergoeding tot maximaal het in Nederland geldende tarief.

5.3. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor een heupoperatie in België, inhoudende het plaatsen van een totale heupprothese links. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor toestemming verleend en een S2-formulier afgegeven. In het betreffende besluit is aangegeven dat de vergoeding maximaal € 6.906,88 bedraagt. Dit is 80% van het maximaal in Nederland geldende tarief in 2012. De verleende vergoeding is conform de polisvoorwaarden. Voorts is aangegeven dat verzoekster rekening moet houden met een hoge eigen bijdrage. Het notabedrag is € 9.463,70 en de vergoeding bedraagt € 6.906,88, zodat een bedrag van € 2.556,82 voor rekening van verzoekster blijft. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoekster een eigen risico heeft van € 220,--. Dit laatste bedrag, of een gedeelte daarvan, wordt nog in mindering gebracht op de te verlenen vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de keuze van verzoekster zich tot de orthopedisch chirurg in België te wenden. De aanvraag is echter objectief en conform de voorwaarden beoordeeld. Hierdoor worden uniformiteit in de uitvoering en rechtsgelijkheid voor alle verzekerden gewaarborgd.

5.4. Er zijn geen tegenstrijdigheden tussen de Europese richtlijnen en de polisvoorwaarden. De polisvoorwaarden zijn immers gebaseerd op het Europese recht. Het staat verzoekster vrij zorg te genieten in het buitenland. Als deze zorg valt onder het sociale stelsel van het land, in casu België, bestaat aanspraak op zorg conform de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Om die reden is het S2-formulier afgegeven. Hiermee kunnen de kosten van zorg door het Belgische ziekenfonds bij de ziektekostenverzekeraar in rekening worden gebracht. De behandelend orthopedisch chirurg van verzoekster is niet aangesloten bij het Belgische ziekenfonds, zodat de kosten niet bij de ziektekostenverzekeraar in rekening konden worden gebracht. Verzoekster wist voorafgaand aan de operatie

dat de vergoeding maximaal € 6.906,88 zou bedragen. Dit is aan haar betaald. Er bestaat geen aanspraak op een hogere vergoeding.

- 5.5. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat de weigering een S2-formulier af te geven betekent dat zorg tijdig in Nederland beschikbaar is. Het wel afgeven van dit formulier kan betekenen dat de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar is, maar er kan ook sprake zijn van service aan een verzekerde. Verzoekster heeft verzocht om afgifte van een S2-formulier, en dit is uit service en om haar tegemoet te komen, afgegeven. Hiermee wordt dus niet erkend dat de door verzoekster genoten zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar was. Verzoekster wilde per sé door de betreffende zorgverlener worden geopereerd. Zorgbemiddeling heeft zij afgeslagen. Bij de oorspronkelijke aanvraag was een half ingevuld Belgisch S2-formulier gevoegd. Het afgegeven S2-formulier is door de orthopedisch chirurg niet geaccepteerd. Desondanks heeft de operatie plaatsgevonden. Voor de vergoeding is uitgegaan van DBC/DOT code 131999052 / 15B034. Reden hiervoor is dat toetsing aan Vo. nr. 883/2004 niet aan de orde is bij weigering van een S2-formulier, zodat de vergoeding aan de hand van de polisvoorwaarden wordt beoordeeld.
- 5.6. De behandelend arts van verzoekster handelt tevens in Nederland onder de handelsnaam Nederlandse Heupkliniek en hij houdt praktijk aan een Nederlands adres, alwaar hij patiënten ziet en klinisch onderzoek verricht. De ziektekostenverzekeraar is om die reden van oordeel dat de Nederlandse Heupkliniek, voor zover deze voldoet aan de Belgische wet- en regelgeving ten aanzien van de toegang en erkenning van zorgaanbieders, in ieder geval ook moet worden aangemerkt als een Nederlandse zorgaanbieder. De arts heeft bovendien een BIG-registratie en AGB-code. De Nederlandse Heupkliniek is dan ook gebonden aan de Nederlandse wet- en regelgeving, in het bijzonder de Wet toelating zorginstellingen (hierna: Wtzi) en de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg). Op grond van de Wtzi dient de Nederlandse Heupkliniek in het bezit te zijn van een toelating indien zorg wordt aangeboden die op grond van de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking komt. Voor zover de ziektekostenverzekeraar heeft kunnen nagaan, beschikt de Nederlandse Heupkliniek niet over een dergelijke toelating. Op grond van de Wmg is het een zorgaanbieder onder andere verboden een tarief in rekening te brengen dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betreffende prestatie is vastgesteld. Het tarief dat de Nederlandse Heupkliniek in rekening brengt bij de patiënten is dan ook niet toegestaan op grond van de Wmg. Handelen in strijd met de Wmg levert een economisch delict op.
- 5.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op een extra vergoeding van 25% indien de ingreep niet onder artikel 1 van die verzekering valt. Dit artikel bepaalt dat voor een aantal specifieke ingrepen prijsafspraken met zorgaanbieders zijn gemaakt. Als gebruik wordt gemaakt van een zorgaanbieder waarmee geen prijsafpraak is gemaakt, dan is de vergoeding lager dan de gecontracteerde prijsafspraken. De heupoperatie zoals verzoekster die heeft ondergaan valt onder de behandelingen waarover prijsafspraken met zorgaanbieders zijn gemaakt. Derhalve bestaat geen aanspraak op een aanvullende vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat verzoekster conform de polisvoorwaarden schadeloos is gesteld door haar met inachtneming van artikel 13 van de zorgverzekering het bedrag van € 6.906,88 toe te kennen voor de ondergane heupoperatie.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat door de akte van cessie de gehele vordering is overgedragen aan de zorgaanbieder. Verzoekster heeft hierdoor geen belang meer; zij is er als het ware tussenuit gevallen. Het verzoek dient daarom niet-ontvankelijk te worden verklaard. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat een onderscheid wordt gemaakt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit onderscheid wordt ook binnen Nederland gemaakt. Aan verzoekster is een S2-formulier afgegeven. De zorgaanbieder heeft dit formulier echter niet geaccepteerd, waardoor de vergoeding op die grond niet van toepassing is. Aangezien de behandeling is uitgevoerd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is ingevolge artikel 13 van de zorgverzekering een korting van 20% toegepast. Tot slot merkt de ziektekostenverzekeraar op dat indien de instelling wordt aangemerkt als een Nederlandse zorgaanbieder, deze moet voldoen aan de Nederlandse eisen.
- 5.10. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 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 is gehouden de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 6.906,88 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 mixpolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg en van gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering.

Artikel 5 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op onder meer medisch specialistische zorg in een zelfstandig behandelcentrum bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"Wij vergoeden de kosten van de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische zorg (...)

- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden. (...)

Bij behandeling door een hiervoor niet door ons gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialist heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde extramuraal werkend specialist. De door ons gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialisten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialisten kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, (...) of een andere medisch specialist. (...)"

- 8.3. Artikel 13 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering betreft het geldend maken van zorgaanspraken, en luidt, voor zover hier van belang:

"13.1 Als u zorg nodig heeft die deel uitmaakt van de basisverzekering heeft u de keuze uit elke zorgverlener of instelling in Nederland, die een overeenkomst heeft gesloten met ons. Wij verstrekken informatie over de personen en instellingen met wie/waarmee zo een overeenkomst bestaat.

13.2 Als u zorg wenst van een zorgverlener of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Per aanspraak c.q. vergoeding beschrijven wij, wanneer van toepassing, de lagere vergoeding en/

of de eigen betaling die u verschuldigd bent. Als er geen lagere vergoeding geldt of eigen betaling verschuldigd is heeft u aanspraak op zorg en/of vergoeden wij de kosten van zorg tot maximaal:

*– het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde (maximum-)tarief;
– wanneer en voor zover geen op basis van de Wmg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. U kunt telefonisch contact met ons opnemen voor informatie over de hoogte van de vergoeding. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.*

13.3 Wanneer en voor zover wij meer vergoeden dan waartoe wij door de overeenkomst gehouden zijn, wordt u geacht aan ons te hebben verleend een volmacht tot incasso op onze naam van het voor u aan de zorgverlener teveel betaalde.

(...)"

- 8.4. Artikel 19 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering betreft de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"19.1 Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze aanspraak op:

*- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van [de zorgverzekering] tot maximaal:*

– wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;

– het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;

– wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

(...)"

19.3 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden kan voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaatsvinden, die meer kan bedragen dan de in lid 19.1 aangegeven vergoeding. Deze hogere vergoeding is alleen mogelijk wanneer wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend.

(...)"

- 8.5. De artikelen 13 en 19 van de "Algemene voorwaarden" en 5 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de "Algemene voorwaarden" 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.

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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

- 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 24 van de "Aanspraken" van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

"(...)

24.2 Niet spoedeisende zorg

Wij vergoeden bij ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis, zoals genoemd in artikel 1 van [de zorgverzekering], de kosten van niet gecontracteerde niet spoedeisende zorg in het buitenland. Voor verzekerden die op grond van [de zorgverzekering] aanspraak hebben op niet spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten die gelden in aanvulling op de in artikel 1 van [de zorgverzekering] genoemde lijst met specifieke behandelingen en/of aandoeningen waarvoor een lagere vergoeding geldt dan bij een gecontracteerde zorgverlener. De lijst met deze specifieke behandelingen en/of aandoeningen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

[de aanvullende ziektekostenverzekering]

(...)

4 sterren 25% van het Nederlandse tarief

(...)"

8.9. 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

9.1. Onder 6 heeft de commissie geoordeeld dat zij bevoegd is van het onderhavige geschil kennis te nemen en hierover bindend advies uit te brengen. Een andere vraag is die naar de ontvankelijkheid van het verzoek. Naar ter zitting is gebleken, is de vordering door verzoekster gecedeerd aan de zorgaanbieder. De cessie heeft tot gevolg dat verzoekster geen vordering heeft op de ziektekostenverzekeraar, aangezien deze vordering is overgedragen aan de zorgaanbieder. De latere mededeling van de cessie doet hier niet aan af. Voorts is gesteld noch gebleken dat verzoekster door de zorgaanbieder is gemachtigd voor en ten behoeve van de zorgaanbieder de onderhavige procedure te voeren. De commissie verklaart het verzoek daarom niet-ontvankelijk.

9.2. Ten overvloede en uitsluitend met het oog op de mogelijkheid dat verzoekster door de zorgaanbieder wordt aangesproken tot betaling van het verschil tussen het door de ziektekostenverzekeraar vergoede bedrag en het gefactureerde bedrag van € 9.463,70, overweegt de commissie het volgende.

9.3. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, te weten België, 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. Verzoekster heeft voorafgaand aan de heupoperatie de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Door de ziektekostenverzekeraar is een S2-formulier afgegeven. In dit kader is een tarief van € 6.906,88 genoemd. De reden hiervan vermag de commissie niet in zien, aangezien afgifte van een S2-formulier inhoudt dat een verzekerde aanspraak heeft op zorg conform de wettelijke regeling van de lidstaat van verblijf (o.a. Hof van Justitie EG, C-368/98, Vanbraekel, r.o. 32). Verzoekster heeft door afgifte van het S2-formulier aanspraak op verstrekkingen die volgens de Belgische sociale ziektekostenverzekering worden vergoed, meer specifiek

ten belope van de op basis van die verzekering bepaalde bedragen. Het S2-formulier is door de behandelend orthopedisch chirurg echter niet geaccepteerd. De achtergrond hiervan is kennelijk dat de kliniek niet is aangesloten bij het uitvoeringsorgaan van de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Dit leidt tot de conclusie dat naar Belgisch recht geen sprake is van verzekerde zorg, zodat artikel 26 lid 6 juncto 25 lid 5 Vo. nr. 987/2009 buiten toepassing blijven en er door de ziektekostenverzekeraar niet hoeft te worden getarifeerd.

- 9.4. Een eventuele aanspraak op vergoeding zal derhalve moeten zijn gebaseerd op de zorgverzekering. Verzoekster heeft na de heupoperatie de nota hiervan ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft een vergoeding toegezegd van € 6.906,88 en heeft dit bedrag reeds uitbetaald, zodat in het midden kan blijven of sprake is van een verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering en of verzoekster een indicatie had voor de ingreep. Hetzelfde geldt voor de doelmatigheid en de formele vereisten waaraan moet zijn voldoen, met name die ten aanzien van de verwijzing. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden heeft verzoekster aanspraak op maximaal het Nederlandse tarief onder aftrek van een korting van 20%. Echter, in onderhavig geval is door de ziektekostenverzekeraar voorafgaande toestemming verleend voor de door verzoekster in België genoten zorg. De ziektekostenverzekeraar was hier, uitgaande van zijn stelling dat de zorg tijdig in Nederland beschikbaar was, geenszins toe gehouden. Dat enkel uit een oogpunt van service toestemming is verleend, vermag de commissie niet in te zien. Zou dit evenwel toch het geval zijn, dan heeft dat voor de ziektekostenverzekeraar consequenties, in die zin dat de situatie is gelijk te stellen met die waarin toestemming is gegeven omdat de zorg niet (tijdig) beschikbaar is bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie EG kan worden opgemaakt dat voor intramurale zorg en voor bepaalde "dure" zorgvormen het vereiste van voorafgaande toestemming mag worden gehanteerd. Verdere beperkingen zijn niet toegestaan, aangezien deze inbreuk maken op de door het verdrag gegarandeerde vrijheden. Dit betekent dat een eenmaal gegeven toestemming voor een behandeling in een andere lidstaat moet worden geacht ongeclausuleerd te zijn gegeven. Het toepassen van een korting van 20% is dan ook niet toegestaan. De ziektekostenverzekeraar dient derhalve vergoeding te verlenen op basis van het Nederlandse Wmg- of marktconforme tarief.
- 9.5. Artikel 24.2 van de "Aanspraken" van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op een aanvullende vergoeding bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland. Specifieke behandelingen waarover prijsafspraken zijn gemaakt, zijn expliciet uitgesloten. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat een heupoperatie een behandeling is waarover een prijsafpraak is gemaakt. Zodoende bestaat geen aanspraak op een aanvullende vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek niet-ontvankelijk dient te worden verklaard.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie verklaart het verzoek niet-ontvankelijk.

Zeist, 14 mei 2014,

Voorzitter