



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in deze
vertegenwoordigd door IAK Verzekeringen B.V. te Eindhoven
Zaak : EU/EER, België, medisch-specialistische zorg, enkeloperatie (plaatsen enkelprothese),
hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201601419
Zittingsdatum : 8 maart 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 EG Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door IAK Verzekeringen B.V. te Eindhoven.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IAK Zorgverzekering Ruime Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IAK Compleet Pakket, Fysio 550, Alternatieve Zorg 550, Ortho 2000, Seniorzorg en Geboortezorg afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 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 een operatie aan zijn rechterenkel, uitgevoerd te Knokke-Heist (België), ten bedrage van € 5.676,18 (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft de aanspraak gedeeltelijk ingewilligd door aan verzoeker een vergoeding van € 4.432,92 te verlenen, en vervolgens een bedrag van € 738,52 van hem terug te vorderen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 25 januari 2016, 23 februari 2016 en 1 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 en e-mailbericht van 26 oktober 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak tot een hoger bedrag in te willigen, in die zin dat wordt afgezien van de terugvordering van € 738,52 en aan hem een aanvullende vergoeding wordt verleend (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 januari 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 februari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 maart 2017 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker diende noodzakelijkerwijs een enkeloperatie te ondergaan en heeft bij de ziektekostenverzekeraar navraag gedaan naar de te verwachten vergoeding voor deze operatie. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 november 2014 aan verzoeker toegezegd dat een bedrag van € 5.541,16 zou worden vergoed. Hierop is direct een afspraak ingepland bij het ziekenhuis te Knokke-Heist, aangezien aldaar de wachtermijn veel korter was dan de wachtermijn van 27 weken in Nederland. Verzoeker heeft op 30 april 2015 de enkeloperatie ondergaan.
- 4.2. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar echter aan verzoeker medegedeeld dat de datum van de operatie bepalend is voor de tarieven. Dit is echter niet vermeld in de brief van 25 november 2014. Nu de ziektekostenverzekeraar hieraan vast houdt, lag het ook op zijn weg daarvan melding te maken in de toezegging. De brief is immers een maand vóór het einde van het jaar naar verzoeker gestuurd. De ziektekostenverzekeraar had verzoeker nader moeten informeren over het feit dat de datum van de operatie bepalend is. Het was namelijk op dat moment niet aannemelijk dat verzoeker nog in 2014 zou worden geopereerd. De ziektekostenverzekeraar heeft dit echter niet gedaan, waardoor hij in zijn zorgplicht is tekortgeschoten. Immers, verzoeker heeft bewust een en ander nagevraagd, en heeft hierop een toezegging gekregen waarnaar is gehandeld. De ziektekostenverzekeraar komt thans terug op deze toezegging en verwijst daarbij naar de voorwaarden. Dit had echter eerder moeten gebeuren. Daarenboven vermeldt de ziektekostenverzekeraar in de betreffende brief dat verzoeker bij het indienen van de nota dient te refereren aan de goedkeuring.
Verzoeker stelt dat de toezegging van 25 november 2014 prevaleert ten opzichte van de polisvoorwaarden. De polisvoorwaarden zijn weliswaar onderdeel van de zorgverzekeringsovereenkomst, maar er is een aanvullende, specifiek op verzoeker gerichte afspraak gemaakt. Om die reden dient de ziektekostenverzekeraar zich te houden aan de toezegging dat een vergoeding van € 5.541,16 wordt verleend, zoals verwoord in de brief van 25 november 2014. Verzoeker heeft door het handelen van de ziektekostenverzekeraar schade geleden, te weten het verschil tussen de toezegging en de werkelijke kosten, zijnde € 738,52. Verzoeker verwijst voorts naar de 'Standaard prijslijst DBC zorgproducten 2015' van de Sint Maartenskliniek. Het bij DBC zorgproduct 131999201 behorende tarief is aldaar € 11.208,54, en bij DBC zorgproduct 131999222 € 8.671,41.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij er gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat de kosten van de ingreep volledig zouden worden vergoed. Er is namelijk toegezegd dat 100% van de kosten zouden worden vergoed.

Op het moment dat de mededeling kwam dat geen vergoeding zou plaatsvinden, had verzoeker de toezegging al gehad en stond de operatie al gepland. De rekening bedroeg € 5.676,18 en hiervan is € 4.432,92 vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Van deze vergoeding wordt € 738,52 teruggevorderd. Dit duidt erop dat de ziektekostenverzekeraar ook is uitgegaan van de voorwaarden van 2014. Verzoeker wenst voor het bedrag van € 738,52 een creditnota te ontvangen. Tevens dient de ziektekostenverzekeraar een aanvullende vergoeding te verlenen tot het bedrag van € 5.676,18. Tot slot heeft verzoeker gesteld dat het niet juist is dat hij in maart 2015 nogmaals voor de zekerheid heeft geïnformeerd naar de hoogte van de vergoeding. Hij heeft toen namelijk gevraagd of een aanvullende vergoeding mogelijk was voor onder andere een CT-scan.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Een zorgverzekeringsovereenkomst is, conform de Zorgverzekeringswet, geldig voor één kalenderjaar, oftewel van 1 januari tot en met 31 december. Het recht op (vergoeding van de kosten van) zorg is geregeld in de verzekeringsvoorwaarden, meer specifiek artikel 2.10.

De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van kosten van zorg in het buitenland (artikel 10.1).

In 2014 en 2015 bedroeg de maximale vergoeding van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder 80% van het gecontracteerde tarief of, indien er geen gecontracteerd tarief was, het in Nederland geldende Wmg-tarief.

De maximale vergoedingen zijn opgenomen in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders' van het betreffende jaar en deze lijst is op de website van de ziektekostenverzekeraar gepubliceerd. Op de maximale vergoeding worden het eventueel van toepassing zijnde eigen risico en de eigen bijdrage in mindering gebracht.

De operatiedatum is bepalend voor de vaststelling van het tarief voor niet-gecontracteerde zorg. De voorwaarden, vergoedingen, het eigen risico en dergelijke kunnen jaarlijks worden aangepast. Een goedkeuring voor een behandeling wordt altijd onder voorbehoud van wijziging van de polisvoorwaarden en/of wetgeving gegeven.

5.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar navraag gedaan naar de vergoeding van een enkelprothese rechts en een arthroscopie aan de linker enkel, uit te voeren in het AZ Zeno te Knokke-Heist. De raming factuur vermeldt een bedrag van € 5.541,16. Bij brieven van 17 en 25 november 2014 heeft verzoeker hier een antwoord op gekregen.

Een aanvraag uit 2014 wordt beoordeeld op basis van de op dat moment geldende voorwaarden, oftewel die uit 2014.

In de brief van 25 november 2014 is vermeld dat de kosten van de behandeling ten bedrage van € 5.541,16, conform de begroting, voor vergoeding in aanmerking komen met inachtneming van het eigen risico. In deze brief is tevens opgenomen dat de goedkeuring geldt behoudens een polis- en/of wetswijziging. De '80%-regeling' was in november 2014 wel opgenomen in de voorwaarden, maar werd (nog) niet toegepast, waardoor een goedkeuring is gegeven voor het volledige bedrag.

In de brief van 17 november 2014 was reeds vermeld dat genoemde vergoeding een all-in tarief is voor de gehele behandeling. Dat wil zeggen dat hierin zijn opgenomen de kosten van het eerste consult, de onderzoeken, opname, operatie, én de nacontrole(s) en hulpmiddelen. Kosten die boven het tarief uitkomen, blijven voor rekening van de verzekerde.

De goedkeuring voor de operatie werd verleend zes weken voor het einde van het kalenderjaar. Er was geen aanleiding te verwachten dat de operatie niet in 2014 zou worden uitgevoerd. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar bekende gegevens bleek namelijk niet van een (lange) wachttijd.

Verzoeker heeft op 6 maart 2015 een e-mailbericht gestuurd naar de medische dienst van de ziektekostenverzekeraar. Dit e-mailbericht is beantwoord op 9 maart 2015. In deze reactie is aan verzoeker medegedeeld dat per 1 januari 2015 de verzekeringsvoorwaarden zijn gewijzigd. De vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bedraagt hierdoor 80% van het eerder opgegeven tarief. Dit betekent dat verzoeker volgens de gegeven informatie een vergoeding ontvangt van maximaal 80% van het tarief, met inachtneming van het eigen risico.

- declaratiecode 15C745: marktconform tarief (2014) € 4.618,00, 80% € 3.694,40 (plaatsen enkelprothese)

- declaratiecode 15C755: marktconform tarief € 3.048,00, 80% € 2.438,40 (arthroscopie linkerenkel)

De tarieven (vergoedingen) van 2014 en 2015 verschillen. De tarieven van 2015 zijn lager dan die van 2014. De ziektekostenverzekeraar heeft echter de tarieven van 2014 gehandhaafd, mede gezien de late bekendmaking van de tarieven van 2015.

Verzoeker is op 30 april 2015 geopereerd. De zorgverlener in België die hem heeft behandeld is niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Verzoeker was op het moment van de operatie op de hoogte van het feit dat de declaraties van de operatie conform de voorwaarden van 2015, het behandeljaar, zouden worden afgehandeld. Dit houdt in vergoeding van 80% van het niet-gecontracteerde of Wmg-tarief, met inachtneming van het wettelijk eigen risico. Verzoeker heeft een nota van € 5.676,78 gedeclareerd. Het notabedrag is hoger dan de gegeven goedkeuring (€ 3.694,40). Op 24 november 2015 is een bedrag van € 4.432,92 aan verzoeker uitbetaald, echter dit is € 738,52 te veel. Dit laatste bedrag is bij hem teruggevorderd. De ziektekostenverzekeraar crediteert het bedrag van € 738,52 niet. De voorwaarden gelden namelijk voor alle verzekerden, en als voor verzoeker een uitzondering wordt gemaakt, leidt dat tot verplichtingen richting andere verzekerden die in een soortgelijke situatie ook geen (volledige) vergoeding hebben ontvangen. Om ongelijkheid te voorkomen worden de voorwaarden strikt gehanteerd.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker op basis van de goedkeuring van 17 november 2014 voor een bedrag van € 4.618,-- niet gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat 24 weken (vijf en een halve maand) later, in een nieuw verzekeringsjaar, de vergoeding nog steeds € 4.618,-- zou bedragen. Als het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 9 maart 2015 niet duidelijk was, had verzoeker daarover een vraag kunnen stellen of een opmerking kunnen maken. Dit heeft hij niet gedaan.

- 5.3. Bij de aanbidding van de polis voor 2015, die is verstrekt in november 2014, heeft de ziektekostenverzekeraar een brochure met belangrijke informatie gevoegd en is verzekerden geadviseerd deze brochure te raadplegen. Op bladzijde 2 van de brochure is onder het kopje "Kies bewust" het volgende vermeld: *"Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan bestaat er de mogelijkheid dat u moet bijbetalen voor de zorg die u kiest of hebt gehad. Wilt u geen financiële verrassingen? Kijk dan of uw zorgverlener gecontracteerd is via www.iak.nl/zorgverlener."* Op bladzijde 6 van de brochure zijn de wettelijke wijzigingen in de basisverzekering genoemd. Bij de regel "Wijzigingen in vergoedingen basisverzekering 2015" is vermeld: *"Vergoeding voor niet gecontracteerde zorg: Gaat u in 2015 naar een zorgaanbieder met wie geen contract is afgesloten? Dan hebt u met IAK Ruime Keuze recht op een vergoeding van 80% van de gemiddelde gecontracteerde tarieven. Voor gespecialiseerde GGZ is dit 75%. Met IAK Goede Keuze krijgt u maximaal 50% vergoed van de gemiddeld gecontracteerde tarieven. Met IAK Eigen Keuze krijgt u een vergoeding tot maximaal het marktconforme tarief. De lijst met maximum vergoedingen vindt u op www.iak.nl/zorgverlener."*
- 5.4. De informatie die verzoeker van de Sint Maartenskliniek heeft gehad over gehanteerde DBC tarieven en vergoedingen is in de onderhavige situatie niet van toepassing.
- 5.5. Verzoeker heeft de vordering van € 738,52 nog niet voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft een blokkade op de vordering gezet en deze blokkade geldt tot het moment dat de commissie een bindend advies heeft uitgebracht.
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoeker twee operaties heeft ondergaan. Eerst werd een kostenraming ontvangen, waarbij het één behandeling leek te betreffen. Hierop heeft verzoeker contact opgenomen met de mededeling dat het ging om twee operaties. Op 25 november 2014 is aan verzoeker medegedeeld dat de kosten voor vergoeding in aanmerking kwamen, dus de hele offerte. Desgevraagd zijn in 2015 aan verzoeker nogmaals de maximale vergoedingen voor de enkelprothese en de arthroscopie medegedeeld. Er is een berekening gemaakt op basis van 80% van beide tarieven. De tarieven van 2014 zijn aangehouden, omdat die van 2015 iets minder gunstig waren. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de op 25 november

2014 aan verzoeker verstrekte informatie, te weten vergoeding van € 5.541,16, juist was. Nadien is gebleken dat de offerte zag op één operatie; de daadwerkelijke kosten waren veel hoger. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker er niet gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat hij volledige vergoeding zou ontvangen. Er was geen reden aan te nemen dat de ingreep niet in 2014 zou plaatsvinden, mede omdat wordt gesproken over wachtlijsten die er juist in België niet zouden zijn. Verzoeker mocht er niet van uitgaan dat de vergoeding in verschillende jaren gelijk blijft. De eerste operatie was op 30 april 2015. De toezegging betreft beide ingrepen aan de enkels. Hiervoor zou een bedrag van ruim € 6.000,-- worden vergoed. Er is conform die toezegging uitbetaald, en dat is dus meer dan in de toezegging van 25 november 2014 stond vermeld. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat onduidelijk is of een beoordeling op grond van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 heeft plaatsgevonden. Wellicht is aan de verordening voorbij gegaan omdat is geoordeeld dat de ingreep niet heel snel hoefde plaats te vinden.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 11 van hoofdstuk 'I Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering en artikel 8 van hoofdstuk 'I Algemeen gedeelte' 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 is gehouden af te zien van de terugvordering ten bedrage van € 738,52, én volledige vergoeding dient te verlenen voor de onderhavige ingreep.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in hoofdstuk 'II Zorgartikelen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van hoofdstuk 'II Zorgartikelen' 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. (...)

Wie mag de zorg verlenen

*Medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant.
(...)*

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in H.I artikel 2.4 en 2.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in H.I artikel 2.9 van deze voorwaarden.

(...)"

- 8.4. Artikel 10 van hoofdstuk 'I Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"10.1 U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-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. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 2.4 en 2.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

(...)

10.3 Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

10.4 Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 10.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 2.9)."

- 8.5. Artikel 2 van hoofdstuk 'I Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

2.4 Vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden wettelijke Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

(...)

*U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.
(...)*

2.6 Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, hebt u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

(...)"

- 8.6. Voormelde artikelen uit de zorgverzekering zijn volgens artikel 3 van hoofdstuk 'I Algemeen gedeelte' 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 gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.
- 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 20 EG Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"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. Verzoeker is naar België, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 EG Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de operatie aan zijn rechterenkel diverse malen bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd naar de hoogte van de te verwachten vergoeding hiervoor. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brieven van 17 en 25 november 2014 en bij e-mailbericht van 9 maart 2015 gereageerd. In de brieven uit november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanspraak op zorg in een EU-lidstaat omschreven, en daarbij goedkeuring verleend voor de enkeloperatie tot een bedrag van € 4.618,-- (17 november 2014) respectievelijk € 5.541,16 (25 november 2014). In het e-mailbericht van 9 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de vergoeding voor de enkeloperatie € 3.694,40 bedraagt.
De ziektekostenverzekeraar heeft in voormelde brieven en e-mailbericht niet gerefereerd aan EG Vo. nr. 883/2004. Ingevolge artikel 20 van de verordening mag een zorgverzekeraar een verzoek om toestemming niet weigeren indien de betreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet - hetgeen hier het geval is - en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop in laatstbedoelde lidstaat (Nederland) niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. De ziektekostenverzekeraar heeft zich hier ten tijde van de aanvraag niet op beroepen zodat de toestemming op grond van EG Vo. nr. 883/2004 ten onrechte is geweigerd. Gelet op het bepaalde in artikel 26 van EG Vo. nr. 987/2009 dient de ziektekostenverzekeraar daarom over te gaan tot tarifiering.
- 9.3. Afhankelijk van de uitkomst van de tarifiering kan recht bestaan op aanvulling tot het Nederlands tarief op grond van de zorgverzekering. Met betrekking tot de dekking van deze verzekering geldt het volgende.
De zorgverzekering biedt aanspraak op medisch specialistische zorg. Nu door de ziektekostenverzekeraar een vergoeding is verleend voor de onderhavige operatie, staat vast dat sprake is van een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor een indicatie had. Rest het punt van de hoogte van de vergoeding.
- 9.4. Onbetwist is dat het ziekenhuis waar verzoeker de onderhavige operatie heeft ondergaan, niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Ingevolge artikel 2.4 van hoofdstuk 'I Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering bestaat in een dergelijk geval aanspraak op 80% van het gecontracteerde dan wel het Wmg-tarief. Partijen zijn niet verdeeld over de toepassing van declaratiecode 15C745 (DBC zorgproduct 131999201) voor de onderhavige operatie. Ingevolge de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders 2015' van de ziektekostenverzekeraar bedraagt het bijbehorende tarief € 3.666,68. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel verklaard dat in het onderhavige geval het tarief van 2014 wordt gehanteerd, mede gezien de late bekendmaking van de tarieven van 2015. Het tarief van 2014 voor genoemde declaratiecode en DBC zorgproduct bedraagt € 4.618,--. Verzoeker heeft, conform artikel 2.4 van hoofdstuk 'I Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering, daarom aanspraak op vergoeding van 80% van dit bedrag voor de onderhavige enkeloperatie, ten laste van de zorgverzekering. Dit komt neer op € 3.694,40.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Werking privaatrecht

- 9.6. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar aan hem volledige vergoeding onderscheidenlijk vergoeding van € 5.541,16 heeft toegezegd voor de onderhavige operatie en maakt daarom aanspraak op een hoger bedrag dan hem op grond van de zorgverzekering toekomt (€ 3.694,40). De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen gesteld dat weliswaar een bepaalde vergoeding is genoemd, maar dat daarbij een voorbehoud is gemaakt ten aanzien van wijzigingen in de wet en de voorwaarden, welk situatie zich nadien heeft verwezenlijkt. Daarom bestaat volgens de ziektekostenverzekeraar geen aanspraak op een hogere vergoeding. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.
- 9.7. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar zowel op 17 als op 25 november 2014 aan verzoeker goedkeuring voor de enkeloperatie (uit te voeren in België) heeft verleend. Daarbij zijn twee verschillende bedragen (€ 4.618,- en € 5.541,16) als te verwachten vergoeding genoemd. De commissie merkt in dit verband op dat de brief van 17 november 2014 uitsluitend betrekking heeft op de onderhavige operatie, terwijl die van 25 november 2014 de kosten van de enkeloperatie en de arthroscopie betreft. In beide brieven is vermeld: "*Deze goedkeuring geldt behoudens polis en/of wetswijziging*".
- Verzoeker stelt dat hij direct na ontvangst van deze goedkeuring(en) een afspraak voor de enkeloperatie heeft gemaakt bij het ziekenhuis in België.
- Vervolgens heeft in maart 2015 e-mailcontact tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. Verzoeker heeft op 6 maart 2015 een e-mailbericht aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarin hij heeft geïnformeerd naar de maximale vergoeding voor de enkeloperatie, een CT-scan en het vervaardigen van een polyester walkboot. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 9 maart 2015 aan verzoeker - onder meer - herhaald dat de vergoeding voor de enkeloperatie € 4.618,- bedraagt, dat dit het tarief van 2014 is en dat de voorwaarden per 1 januari 2015 zijn gewijzigd zodat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg 80% van het tarief is. Zodoende bedraagt de vergoeding voor de enkeloperatie € 3.694,40 (80% van € 4.618,-).
- Verzoeker is op 30 april 2015 geopereerd. Dit is ruim na het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 9 maart 2015. De commissie is van oordeel dat verzoeker niet erop mocht vertrouwen dat de kosten van de ingreep volledig zouden worden vergoed. De verwijzing van verzoeker naar de tarievenlijst van de Sint Maartenskliniek treft geen doel. Dit document betreft een prijslijst, maar onduidelijk is of dit gecontracteerde tarieven dan wel passantentarieven betreft. Passantentarieven liggen per definitie hoger dan gecontracteerde tarieven, omdat daarover niet is onderhandeld. Aangezien de status van de tarievenlijst de commissie niet duidelijk is, laat zij dit punt verder rusten.
- Evenmin mocht verzoeker erop vertrouwen dat de vergoeding voor de enkeloperatie € 5.541,16 zou bedragen, aangezien genoemd bedrag tevens de arthroscopie betreft. Verzoeker had daarnaast behoren te weten dat de voorwaarden met ingang van het nieuwe kalenderjaar (2015) waren gewijzigd. Hierop is hij gewezen bij de aanbieding van de nieuwe polis door de ziektekostenverzekeraar. Daarbij zit een geruime tijd tussen de goedkeuring van de ziektekostenverzekeraar en de daadwerkelijke operatie, én is verzoeker tijdig voor de operatie door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd over de te verwachten vergoeding. De stelling van verzoeker treft daarom geen doel.
- Om voor de commissie onbekende redenen heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker aanvankelijk een bedrag van € 4.432,92 betaald. Aangezien op grond van de zorgverzekering recht bestaat op € 3.694,40 is het verschil ten bedrage van € 738,52 terecht teruggevorderd. Of en in hoeverre deze terugvordering stand kan houden, is voorsnog afhankelijk van de uitkomst van de tarifiering. Indien de vergoeding op grond van het Belgische stelsel gelijk is aan of kleiner is dan € 3.694,40 zal verzoeker het gevorderde bedrag moeten voldoen.

Conclusie

9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen in die zin dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.

9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,-- aan hem te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.8 is omschreven.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- te vergoeden.

Zeist, 5 april 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester