



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, totale heuparthroplastiek enkelzijds met minimaal invasieve techniek, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201500608
Zittingsdatum : 27 januari 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Top 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een totale heuparthroplastiek enkelzijds met minimaal invasieve techniek, uit te voeren te Sint-Martens-Latem (België), ten bedrage van € 9.463,70 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor de behandeling een vergoeding van € 7.800,95 wordt verleend.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 2 december 2014, en brief van 16 maart 2015 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 van 21 juli 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. 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 20 oktober 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 oktober 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 januari 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 21 oktober 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 november 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015134260) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC passend is. Verzoeker heeft aanspraak op het bij deze DBC behorende tarief. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 4 januari 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 januari 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 1 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 8 februari 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft op 13 november 2014 de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming voor een totale heuparthroplastiek in verband met slijtage, uit te voeren door een orthopedisch chirurg op de locatie van de Nederlandse Heupkliniek in Sint-Martens-Latem. De door deze chirurg gehanteerde techniek biedt veel voordelen en bovendien kon verzoeker op zeer korte termijn worden behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie op dit verzoek om toestemming aan verzoeker medegedeeld dat een vergoeding van € 7.800,95 wordt toegekend.
- 4.2. Op 8 december 2014 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker heeft de vergoeding van € 7.800,95 van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Het is echter onredelijk dat hij een eigen bijdrage van € 1.662,75 heeft. Een totale heuparthroplastiek valt binnen de wettelijke basiszorg, zodat conform de Europese wetgeving de vergoeding 100% van de maximale vergoeding die zou gelden in het land van herkomst moet bedragen. In Nederland zou verzoeker geen eigen bijdrage hebben voor een totale heuparthroplastiek. Overigens heeft de echtgenote van verzoeker dezelfde operatie ondergaan, en in haar geval werden de kosten volledig vergoed. Dit is vreemd, aangezien verzoeker en zijn echtgenote dezelfde verzekering hebben afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. Niet in geschil is dat een restitutiepolis is afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar. Artikel 11 Zvw bepaalt dat een 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 onder andere "vergoeding van de kosten van deze zorg". Met de term 'deze zorg' wordt verwezen naar zorg waaraan een verzekerde behoefte heeft. Verzoeker had behoefte aan de zorg die hij in België heeft ontvangen. Artikel 2.2 Bzv bepaalt dat de vergoeding waarnaar in artikel 11 Zvw wordt verwezen de kosten omvat die de verzekerde *gemaakt* heeft voor de zorg, zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bzv. Bij een restitutiepolis geldt met andere woorden als uitgangspunt dat de volledige kosten van behandelingen worden vergoed voor

zover die binnen het verzekerde basispakket vallen. Op deze volledige vergoeding kunnen volgens artikel 2.2 lid 2 Bzv slechts twee bedragen in mindering worden gebracht. Ten eerste de eigen bijdrage die de verzekerde verschuldigd is. Ten tweede de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Verzoeker is van oordeel dat de kosten die hij heeft gemaakt voor zijn behandeling niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten, waardoor de ziektekostenverzekeraar geen korting op deze gemaakte kosten had mogen toepassen.

Voor de behandeling die verzoeker in België heeft ondergaan heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) geen tarief vastgesteld. Er zal daarom aansluiting moeten worden gezocht bij het tarief voor een vergelijkbare behandeling: de traditionele heuparthroplastiek, oftewel het plaatsen van een heupprothese. Deze operatie is eenvoudiger dan de operatie die verzoeker heeft ondergaan. Het plaatsen van een heupprothese (declaratiecode 15B034) viel in 2014 in Nederland in het zogenoemde B-segment. Dit brengt mee dat de NZa voor deze behandeling slechts een honorariumcomponent heeft vastgesteld. De andere component van de vergoeding voor de behandeling, het zogenoemde kostendeel, is vrij onderhandelbaar tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er geldt met andere woorden geen vaste prijs voor het kostendeel en daarmee ook niet voor de behandeling als geheel. Wel kan aan de hand van de verschillende prijzen die voor deze behandeling in Nederland in rekening worden gebracht, worden vastgesteld dat de kosten die verzoeker heeft betaald niet hoger zijn dan in redelijkheid passend is te achten in de Nederlandse marktomstandigheden. Dit is immers het geval als het bedrag niet boven de genoemde bedragen uitkomt.

Sinds de invoering van het DBC-systeem in 2005 worden de registratie- en declaratiegegevens van alle Nederlandse ziekenhuizen en andere zorgaanbieders in het DBC Informatie Systeem (DIS) verzameld. Op basis van deze gegevens heeft DBC-Onderhoud gemiddelde prijzen berekend voor DBC-zorgproducten die worden gedeclareerd bij veel voorkomende aandoeningen. Daarin zijn onder andere prijzen opgenomen voor de behandeling van artrose van de heup. De behandeling die verzoeker heeft ondergaan bestond uit een preoperatief consult inclusief lichamelijk onderzoek op de polikliniek (en een preoperatieve informatiemiddag), meer dan twee onderzoeken (twee keer een radiologisch onderzoek, een laboratoriumonderzoek en een cardiologisch onderzoek), een postoperatief consult inclusief lichamelijk onderzoek en een heupoperatie (met verpleegdagen) waarbij een heupprothese werd geïmplant. Dit levert een gemiddelde prijs voor de behandeling van minimaal € 9.725,- op. De kosten die verzoeker heeft gemaakt zijn lager dan dit bedrag, waardoor zij onder het gemiddelde Nederlandse tarief liggen. Het standpunt dat de kosten die verzoeker heeft gemaakt uitkomen boven hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten, is dan ook niet houdbaar. Een korting op de door verzoeker gemaakte kosten op deze grond is daarmee evenmin verdedigbaar en evident in strijd met artikel 2.2 Bzv.

Verschillende Nederlandse zorgaanbieders die een heupoperatie aanbieden, hebben passantentarieven op hun website gepubliceerd voor behandelingen met eerdergenoemde declaratiecode 15B034 (klassieke heupoperatie). Dit zijn de tarieven die bijvoorbeeld aan patiënten met een zuivere restitutiepolis in rekening worden gebracht. Uit een onderzoek van het NRC van december 2013 blijkt dat zorgaanbieders voor een totale heuparthroplastiek gemiddeld circa € 10.000,- in rekening brengen. De meeste bedragen variëren tussen de € 9.500,- en € 12.000,-. De kosten die verzoeker heeft gemaakt liggen daar onder en komen daardoor zeker niet uit boven hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Dit wordt ondersteund door een publicatie in de Stentor waarin wordt opgemerkt dat het totale kostendeel voor heupoperaties tussen de € 9.500,- en € 11.500,- ligt. Dit bedrag is exclusief het honorariumdeel voor de behandelend specialist.

Tot slot blijkt uit het feit dat de ziektekostenverzekeraar in 2012 en 2013 het volledige bedrag heeft vergoed aan andere verzekerden dat ook de ziektekostenverzekeraar van oordeel is dat de door verzoeker gemaakte kosten niet uitkomen boven hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

- 4.5. Uit alle hiervoor opgesomde argumenten, zowel in combinatie als ieder afzonderlijk, blijkt dat de kosten die verzoeker heeft gemaakt niet uitkomen boven hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. De ziektekostenverzekeraar dient de kosten, gelet op artikel 2.2 lid 2 Bzv, dan ook volledig te vergoeden. Voor zover de

ziekttekostenverzekeraar een andere mening is toegedaan, is het aan de ziekttekostenverzekeraar om de onderbouwde stelling van verzoeker gemotiveerd te betwisten. De enkele opmerking dat de kosten hoger zijn dan de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde marktconforme vergoeding volstaat evident niet. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt op geen enkele manier met bewijzen heeft onderbouwd, dient ervan uitgegaan te worden dat de kosten die verzoeker heeft gemaakt niet uitkomen boven hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten en daarom volledig moeten worden vergoed.

4.6. Ter zitting heeft verzoeker verklaard zich te kunnen vinden in het advies van het Zorginstituut waarin is vastgesteld dat de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC zorgproductcode heeft gehanteerd. Het geschil betreft enkel de hoogte van de verleende vergoeding. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling een beroep gedaan op artikel 56 VWEU. Het uitgangspunt is dat vrij verkeer van diensten bestaat, en dat geneeskundige behandelingen gelden als diensten in de zin van dit artikel. Verder ligt er een uitspraak van het Hof Den Bosch. In sommige gevallen is toestemming nodig van de ziektekostenverzekeraar, met name bij intramurale zorg. Daarvan is sprake, en de toestemming is ook verleend. De invulling van het hinderpaalcriterium in Nederland is anders dan Europees gezien is bedoeld. De Nederlandse visie ziet op het verschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit onderscheid is niet terug te vinden in de relevante jurisprudentie. Er bestaat geen belemmering voor een volledige kostenvergoeding. De beperking in de vergoeding is in strijd met het vrije verkeer van diensten. Dit kan enkel anders zijn als de nota onnodig hoog is, maar dat is in dit geval niet zo. Uit het DIS volgt dat de prijs die doorgaans wordt betaald significant hoger is dan de door de ziektekostenverzekeraar toegekende vergoeding. Verzoeker benadrukt dat zijn echtgenote in 2002 dezelfde ingreep heeft ondergaan bij de betreffende zorgaanbieder, en dat deze ingreep toen wel volledig is vergoed door de ziektekostenverzekeraar. In de loop van 2013 is de ziektekostenverzekeraar lagere vergoedingen gaan toekennen. Dit terwijl de kosten van de ingreep in de loop der jaren niet of nauwelijks zijn veranderd. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft onderbouwd dat het toegekende tarief echt marktconform is. Als 'marktconform' gelijk wordt gesteld aan 'hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd', is dit vreemd, aangezien andere verzekeraars hogere bedragen vergoeden. Tot slot heeft verzoeker aangevoerd dat afgifte van een S2-formulier niet inhoudt dat alles verplicht via het Belgische stelsel moet verlopen. De afgifte van dit formulier betekent dat de ziektekostenverzekeraar erkent dat de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar is. Hij moet dan de kosten voor zijn rekening nemen. Het systeem in België is anders. De tarieven aldaar zijn niet eenduidig, en deze verschillen van de Nederlandse situatie.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar is een zogenoemde restitutieverzekeraar. Dit wil zeggen dat een verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg en vrij is in de keuze voor een zorgaanbieder. Dit betekent niet automatisch dat een verzekerde, indien hij naar een zorgaanbieder gaat die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, de kosten van die zorg altijd volledig vergoed krijgt. In artikel 10 lid 2 van de zorgverzekering is opgenomen dat "*Als u in Nederland woont, heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgverlener buiten Nederland. Als u zich wendt tot een niet door ons gecontracteerde zorgverlener buiten Nederland, dan krijgt u maximaal dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15.*"

De hoogte van de vergoeding is geregeld in artikel 15 lid 3 van de zorgverzekering. Hierin is vermeld dat "*Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Voor al onze marktconforme vergoedingen zie www.dsw.nl.*"

Indien de zorg in het buitenland geen medisch noodzakelijke zorg betreft, wordt maximaal het Nederlandse wettelijke of marktconforme tarief voor de zorg van de betreffende aandoening vergoed, indien deze in Nederland onder de zorgverzekering valt. Dit houdt in dat minder vergoed kan worden dan de werkelijke kosten die zijn gemaakt in het buitenland. In het algemeen betreft de zorg geen medisch noodzakelijke zorg indien sprake is van een reeds in Nederland bestaande aandoening. Voor de niet medisch noodzakelijke zorg dient vooraf toestemming te worden gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar.

- 5.2. Op 26 november 2014 is verzoeker toestemming gegeven voor de totale heuparthroplastiek die zou worden uitgevoerd in de Nederlandse Heupkliniek te België. De reden dat verzoeker toestemming is gegeven voor de heupoperatie in België is dat verzoeker een restitutiepolis heeft en derhalve vrij is in de keuze voor zijn zorgverlener. In de brief van 26 november 2014 is duidelijk aangegeven dat verzoeker recht heeft op een maximale vergoeding van € 7.800,95. Dit is het Nederlandse marktconforme tarief van 2014 voor deze operatie. Supplementen, ereloon, reis- en verblijfkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking. Voornoemde vergoeding geschiedt ten laste van de zorgverzekering, zodat het eigen risico van toepassing is.
- 5.3. In casu gaat het om een behandeling die valt in het onderhandelbare segment van de medisch specialistische zorg. Er is dus geen sprake van een wettelijk (door de NZa vastgesteld) tarief. Het tarief komt tot stand door onderhandelingen tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. De hoogte van het marktconforme tarief is gerelateerd aan het tarief waarvoor voor de onderhavige behandeling wordt gecontracteerd bij vergelijkbare zorgaanbieders in Nederland. De reden hiervoor is dat de ziektekostenverzekeraar zorgaanbieders waarmee geen overeenkomst is gesloten, geen hogere vergoeding wil bieden dan zorgaanbieders waarmee wel een overeenkomst is gesloten. Aangezien de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten met de Nederlandse Heupkliniek in België, en ook geen sprake is van een wettelijk maximumtarief, is in het onderhavige geval toestemming verleend voor de maximale marktconforme vergoeding voor de aangevraagde ingreep. De ziektekostenverzekeraar is daarover transparant op zijn website, waar een overzicht is te vinden van alle behandelingen met bijbehorende marktconforme vergoedingen. Voor de door verzoeker ondergane ingreep is code 15B034 "*Heupoperatie of implanteren van een heupprothese (met verpleegligdagen) bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel*" van toepassing. Hierbij hoorde in 2014 een marktconforme vergoeding van € 7.800,95. Deze vergoeding is lager dan de door de Nederlandse Heupkliniek in rekening gebrachte kosten, hetgeen voorafgaand aan de ingreep kenbaar is gemaakt aan verzoeker.
- 5.4. Verzoeker heeft een document overgelegd waarin de gemiddelde gecontracteerde tarieven vermeld staan van veel voorkomende aandoeningen. De stelling van verzoeker dat de gemiddelde gecontracteerde prijs voor de door hem ondergane behandeling minimaal € 9.725,-- bedraagt en dat dit bedrag kan worden beschouwd als marktconform tarief is om verschillende redenen onjuist. In de eerste plaats staat in het document een afgerond gemiddeld tarief genoemd van € 9.000,-- voor de heupoperatie die het in casu betreft. Dit is een "all-in" prijs voor de gehele behandeling, zodat daar geen andere prestaties bij opgeteld mogen worden. In de tweede plaats liggen de gecontracteerde tarieven per definitie hoger dan de marktconforme tarieven die in principe rond de 75 à 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief van een zorgverzekeraar bedragen. Ten slotte zijn in het overzicht de gemiddelde tarieven van ziekenhuizen meegewogen, terwijl de Nederlandse Heupkliniek een zogenoemd zelfstandig behandelcentrum (ZBC) is. Ziekenhuizen hebben hogere kosten dan ZBC's, zodat de gemiddelde gecontracteerde tarieven voor ziekenhuizen ook hoger liggen dan die voor ZBC's. Het in het document genoemde gemiddelde gecontracteerde tarief van € 9.000,-- kan derhalve niet als uitgangspunt worden genomen voor het gemiddelde gecontracteerde tarief voor een ZBC. De stelling van verzoeker dat het gemiddelde passantentarieff van een aantal Nederlandse zorgaanbieders kan worden beschouwd als marktconform tarief is ook onjuist. Het passantentarieff is niet gebaseerd op de tarieven die zijn vastgesteld na onderhandeling van de zorgverzekeraar met een zorgaanbieder. Bij vrije tarieven, waarvan in casu sprake is, kan een zorgaanbieder dan ook veel hogere tarieven vragen dan de gecontracteerde tarieven met een zorgverzekeraar.

De opmerking van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar in 2012 en 2013 het volledige bedrag zou hebben vergoed aan andere verzekerden, en dat daaruit zou blijken dat ook de ziektekostenverzekeraar van oordeel is dat de door verzoeker gemaakte kosten niet uitkomen boven hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden passend is, is onjuist. De ziektekostenverzekeraar kan deze opmerking niet plaatsen.

- 5.5. Blijkens de jurisprudentie mag een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet zo laag zijn dat daardoor voor de verzekerde een hinderpaal wordt opgeworpen om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder van zijn keuze te wenden. Uit de jurisprudentie blijkt voorts dat een vergoeding van 75-80% van het wettelijke dan wel marktconforme tarief niet een zodanige hinderpaal oplevert. Voor de vaststelling van het marktconforme tarief kunnen de tarieven die een zorgverzekeraar heeft afgesproken met de door hem gecontracteerde zorgaanbieders als uitgangspunt worden genomen.
- 5.6. De Nederlandse Heupkliniek is niet aangesloten bij het uitvoeringsorgaan van de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Hierdoor is naar Belgisch recht geen sprake van verzekerde zorg, zodat artikel 26 lid 5 juncto lid 6 van Vo. nr. 987/2009 buiten toepassing blijft. Tarifiering is zodoende achterwege gebleven. De aanspraak op vergoeding is in casu gebaseerd op de Nederlandse zorgverzekering.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat destijds voor de echtgenote van verzoeker een offerte is ontvangen van € 12.000,-. Hiervan is € 9.500,- vergoed op basis van het toen geldende marktconforme tarief. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar aanvulling aangevoerd dat de Patiëntenrichtlijn is gebaseerd op artikel 56 VWEU. De maximale vergoeding is het bedrag dat de patiënt in eigen land vergoed kan krijgen. Uit artikel 13 Zvw volgt dat door de ziektekostenverzekeraar een korting mag worden toegepast. In de voorwaarden van de zorgverzekering is de hoogte van de vergoeding geregeld. Voorafgaand aan de ingreep is aan verzoeker de hoogte van de vergoeding medegedeeld. Artikel 2.2 Bzv is in het onderhavige geval niet van toepassing, omdat geen sprake is van een zuivere restitutiepolis. De ziektekostenverzekeraar heeft in de loop der jaren een scherper inkooptarief gehanteerd. Zorgaanbieders bepalen zelf hun prijs. Dit betekent echter niet dat de ziektekostenverzekeraar deze prijs ook moet betalen. Over het hinderpaalcriterium is door de Hoge Raad een uitspraak gedaan en hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar een voldoende hoge vergoeding verleent. Sommige verzekeraars passen zelfs nog een korting toe op het marktconforme tarief. Aan verzoeker is het meest gunstige tarief voor de ingreep betaald. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat op grond van de Verordening geen S2-formulier behoefde te worden afgegeven. Als het wel was afgegeven, had verzoeker geen aanspraak gehad op het Belgische tarief, omdat de betreffende kliniek niet is aangesloten bij de Belgische mutualiteit. Het advies van het Zorginstituut wordt door de ziektekostenverzekeraar onderschreven.
De ziektekostenverzekeraar handhaaft zijn beslissing dat terecht een vergoeding van € 7.800,95 aan verzoeker is verleend.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 14 van de zorgverzekering en artikel 13 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 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, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 tot en met 38 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

lid 2.1.1 Medisch-specialistische zorg met opname (klinische zorg)

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(…)

lid 2.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet vooraf bij ons een machtiging hebben aangevraagd en gekregen:

- voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 4)
- voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Voor meer informatie zie www.dsw.nl.

Voor andere medisch-specialistische zorg is dit niet vereist.

Verwijzing

• U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts, jeugd(gezondheidszorg)-arts of medisch specialist (met uitzondering van een sociaal geneeskundige, behalve de bedrijfsarts). In het geval van spoedeisende zorg is geen verwijzing noodzakelijk.

(…)

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

(…)

lid 2.4 Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

Zie voor meer informatie artikel 15.

(…)”

- 8.4. Artikel 15 van de zorgverzekering betreft het recht op zorg en vergoeding van de kosten hiervan, en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"lid 1 Algemeen

U hebt recht op vergoeding van kosten van zorg zoals wij in deze polisvoorwaarden hebben beschreven, daarbij bent u volledig vrij in de keuze van zorgverlener. U kunt hierbij gebruik maken van:

- a. zorg verleend door een door ons gecontracteerde zorgverlener (gecontracteerde zorg) (zie lid 2); of*
 - b. zorg verleend door een zorgverlener die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg) (zie lid 3).*
- (...)*

lid 3 Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief

Wanneer u naar een zorgverlener binnen Nederland gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van curatieve GGZ en zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. (...)

Vrije tarieven

Wanneer u naar een zorgverlener gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximum tarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Voor al onze marktconforme vergoedingen zie www.dsw.nl.

(...)"

- 8.5. Artikel 10 van de zorgverzekering betreft behandeling in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

lid 2 Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgverlener buiten Nederland. Als u zich wendt tot een niet door ons gecontracteerde zorgverlener buiten Nederland, dan krijgt u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15.

(...)

lid 5 Vergoeding en machtiging

Als u zorg inroept waarbij u opgenomen moet worden of in een instelling moet verblijven, de zogenoemde intramurale zorg, is het vereist om vooraf van ons toestemming te hebben gekregen.

(...)

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, dan is het wellicht vooraf onduidelijk of en, zo ja, in hoeverre u die zorg vergoed krijgt. Daarom raden wij u in alle gevallen aan, zoals aangegeven in artikel 15 lid 7, bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf contact met ons op te nemen. Wij kunnen u dan aangeven:

- a. of u verzekerd bent voor die zorg;*
 - b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;*
 - c. hoe hoog de vergoeding zal zijn;*
 - d. of u voor deze zorg bij zorgverleners terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.*
- (...)"*

- 8.6. De artikelen 10, 15 en 17 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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.
- 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 van 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. (...)"*
- 8.10. Artikel 56 VWEU bevat een verbod op beperking van het vrije verkeer van diensten.

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 krijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop een vergoeding ten bedrage van € 7.800,95 toegezegd. Er is geen S2-formulier afgegeven en de ziektekostenverzekeraar heeft bij de afgifte van de machtiging/toestemming niet aan dit formulier gerefereerd. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar aldus niet juist heeft gereageerd op de aanvraag van verzoeker. Artikel 20 lid 2 van Vo. nr. 883/2004 bepaalt immers: "*De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet ...*". Dat dit het geval is, vormt geen onderwerp van geschil.

- 9.2. De vraag is vervolgens welke consequenties deze omissie heeft. Artikel 26 van Vo. nr. 987/2009 ziet op geplande geneeskundige verzorging. Op grond van lid 6 is, onverminderd lid 7, artikel 25, leden 4 en 5 van de toepassingsverordening van overeenkomstige toepassing. Genoemd lid 5 betreft de zogenoemde tarifiering door het bevoegde orgaan indien de verzekerde de kosten van de behandeling in de lidstaat van verblijf (gedeeltelijk) zelf heeft betaald. In dat geval kan tarifiering achterwege blijven omdat met de verstrekkingen, genoemd in de basisverordening (Vo. nr. 883/2004), zijn bedoeld de verstrekkingen die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden vergoed. De behandeling in de Nederlandse Heupkliniek behoort - door verzoeker onweersproken - hiertoe niet. Het recht op vergoeding dient derhalve te worden beoordeeld volgens de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden heeft verzoeker aanspraak op maximaal het Nederlandse tarief. In dit kader is door verzoeker gesteld dat de door hem gemaakte kosten van de onderhavige behandeling niet uitkomen boven hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten, zodat volledige vergoeding dient plaats te vinden. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen gesteld dat het tarief van € 7.800,95 voor de onderhavige behandeling marktconform is, en heeft hierbij verwezen naar de op zijn website gepubliceerde lijst met marktconforme tarieven voor het jaar 2014.
- 9.4. Partijen zijn niet verdeeld over de toepassing van declaratiecode 15B034 op de onderhavige behandeling. Deze code valt in het zogenoemde B-segment, hetgeen inhoudt dat de tarieven voor codes in dat segment tot stand komen door onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ingevolge de lijst 'Marktconforme vergoedingen voor de ZBC's' voor het jaar 2014 van de ziektekostenverzekeraar, geldt voor declaratiecode 15B034 een tarief van € 7.800,95. De verwijzing van verzoeker naar de tarieven in het DIS en de passantentarieven voor een heupoperatie treft geen doel, want deze zien niet op de onderhavige kwestie. Zo komen de passantentarieven niet tot stand in onderhandeling met de zorgverzekeraars. Bovendien zou dit passantentariaf niet bij verzoeker in rekening zijn gebracht, zo hij zich tot een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde instelling had gewend. Ook de door die instelling met de onderscheiden verzekeraars gemaakte tariefafspraken variëren. Niet valt in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar gebonden moet worden geacht aan afspraken die een andere verzekeraar maakt voor een hoger tarief voor dezelfde ingreep. De ziektekostenverzekeraar koopt de onderhavige behandeling in bij verschillende instellingen, tegen verschillende tarieven. Het tarief van € 7.800,95 is het tarief waarvoor deze behandeling in een Nederlands ziekenhuis kan worden uitgevoerd. Aangezien verzoeker het tegendeel niet aannemelijk heeft gemaakt, kan genoemd bedrag worden beschouwd als het marktconforme tarief. De verwijzing naar artikel 2.2 Bzv kan verzoeker niet baten. Zoals hiervoor is geconcludeerd, kan de ziektekostenverzekeraar - naar als vaststaand moet worden aangenomen - een verzekerde desgevraagd bemiddelen naar een instelling waar de behandeling kan worden uitgevoerd voor een tarief van € 7.800,95 (of minder). Daarmee zijn de door verzoeker geclaimde méérkosten hoger dan hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten (artikel 2.2 lid 2 sub b Bzv), tenzij verzoeker aannemelijk maakt dat de onderhavige behandeling niet of alleen tegen een hoger tarief beschikbaar is. Verzoeker heeft weliswaar verwezen naar de passantentarieven en de tarieven die gemiddeld voor de behandeling worden betaald, maar hiermee staat geenszins vast dat het door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief in de Nederlandse marktomstandigheden niet passend is.
- 9.5. Verzoeker heeft nog een beroep gedaan op artikel 56 VWEU. Aangezien de onderhavige behandeling volgens de Belgische wetgeving niet wordt vergoed, én de ziektekostenverzekeraar een vergoeding heeft toegekend voor deze behandeling, kan niet worden gesproken van een beperking van het vrije verkeer van diensten als bedoeld in artikel 56 VWEU. Het beroep van verzoeker slaagt zodoende niet.

- 9.6. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat de kosten van de behandeling in het geval van zijn echtgenote wél volledig zijn vergoed, merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard dat destijds voor de echtgenote van verzoeker een offerte is ontvangen van € 12.000,--. Hiervan is € 9.500,-- vergoed op basis van het toen geldende marktconforme tarief. Deze verklaring van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker niet weersproken zodat in dit geschil vaststaat dat de kosten van de behandeling van zijn echtgenote toen niet volledig zijn vergoed. Overigens blijkt uit de ter zitting door partijen gedane verklaringen dat deze ingreep reeds in 2002 heeft plaatsgevonden. Destijds gold nog de Ziekenfondswet, en niet de Zvw. De situatie van destijds kan om die reden niet gelijk worden gesteld met huidige situatie van verzoeker.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 maart 2016,

A.I.M. van Mierlo