



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam  
Zaak : EU/EER, België, totale heupoperaties via directe anterieure benaderingsmethode, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 201503309  
Zittingsdatum : 14 december 2016

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

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

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster 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 verzoekster 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op twee heupoperaties via de directe anterieure benadering, uitgevoerd in Sint-Martens-Latem (België), ten bedrage van € 8.813,90 respectievelijk € 9.463,70 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor de eerste operatie € 6.327,42 wordt vergoed. Bij brief van 13 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor de tweede operatie eveneens € 6.327,42 wordt vergoed.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brieven van 3 november 2015 en 8 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen 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 22 april 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 september 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 7 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 13 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016113387) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat voor de eerste operatie een ruimere DBC is toegepast dan passend zou zijn geweest en voor de tweede operatie de juiste DBC is toegepast. De vergoeding van kosten van behandelingen in het buitenland wordt beperkt tot het marktconforme tarief in Nederland. Ingevolge artikel 2.2 lid 2 onder b Bzv wordt met marktconform tarief bedoeld de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Het marktconform tarief komt tot stand door onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar heeft de marktconforme tarieven op zijn website gepubliceerd. Bij de vaststelling van de vergoedingen voor de beide operaties heeft de ziektekostenverzekeraar zich op deze gepubliceerde marktconforme tarieven gebaseerd. Een hogere vergoeding is terecht afgewezen door de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 november 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 december 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 19 december 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 6 januari 2017 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 verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft verzoekster gediagnosticeerd met coxartrose en haar op 3 juni 2015 verwezen naar een orthopeed.
- 4.2. Op 22 juni 2015 heeft de eerste heupoperatie (rechts) in dagbehandeling te Sint-Martens-Latem plaatsgevonden. De kosten van deze operatie bedragen € 8.813,90. Op 16 november 2015 heeft de tweede heupoperatie (links) plaatsgevonden, met opname. De kosten van deze operatie - eveneens uitgevoerd te Sint-Martens-Latem - bedragen € 9.463,70. Aanvankelijk wilde de ziektekostenverzekeraar de eerste operatie in het geheel niet vergoeden, maar later is een vergoeding verleend van € 6.327,42. Dit bedrag is ook voor de tweede operatie vergoed. Verzoekster kan zich niet vinden in de hoogte van de vergoedingen voor de beide heupoperaties.
- 4.3. Verzoekster heeft voor de ziektekostenverzekeraar gekozen omdat deze een restitutieverzekeraar is die het principe van vrije artskeuze hanteert. Het is dan vreemd en tegenstrijdig dat contracten worden gesloten met zorgaanbieders, waardoor verzoekster eigenlijk geen vrije artskeuze heeft, niet in Nederland en ook niet in het buitenland. Artikel 10 lid 2 van de zorgverzekering komt niet overeen met de presentatie van de ziektekostenverzekeraar als verzekeraar die één polis aanbiedt met vrije artskeuze.

- 4.4. Verzoekster kampte vóór de beide ingrepen met ernstige pijnklachten. De gewenste zorg was niet tijdig in Nederland beschikbaar. Zodoende heeft zij, als Europese onderdaan, gebruik gemaakt van haar recht om naar een andere Europese lidstaat te gaan voor de benodigde zorg. Ingevolge Europese regelgeving geldt dat bij een behandeling met opname in het buitenland, voorafgaande toestemming dient te worden gevraagd bij de zorgverzekeraar. Volgens diezelfde Europese regelgeving geldt deze voorwaarde niet bij een zogenoemde dagbehandeling. Verzoekster heeft ten aanzien van beide heupoperaties gehandeld conform de Europese wet- en regelgeving. Voor de eerste operatie is geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, en voor de tweede operatie wel. Uit diverse artikelen in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht blijkt dat het vereiste van voorafgaande toestemming *"niet kan worden gerechtvaardigd door overwegingen betreffende de kwaliteit van in het buitenland verrichte diensten maar wel van het niet beschikbaar zijn ervan in de eigen lidstaat. Lidstaten zijn verplicht hun nationale sociale zekerheidsstelsel aan te passen. De medische behandeling valt onder de werkingssfeer van fundamentele vrijheid van vrij verkeer van diensten, artikel 56 VWEU."* En verder: *"De bevoegdheid om redenen van bescherming van volksgezondheid te beperken geldt dan wel voor de lidstaten maar deze bevoegdheid is niet verleend om de sector van de volksgezondheid als economische sector en vanuit het oogpunt van de vrijheid van dienstverrichting, aan het fundamenteel beginsel van vrij verkeer te onttrekken."* Toestemming kan enkel worden geweigerd als het financiële evenwicht van het nationale gezondheidsstelsel in Nederland wordt aangetast of omdat de behandeling tijdig in Nederland beschikbaar is. De kosten van de behandelingen in België zijn niet hoger dan in Nederland, zodat geen sprake is van ontwrichting van het financiële evenwicht van het Nederlandse stelsel. Voor een totale heupoperatie via de directe anterieure benaderingsmethode gelden in Nederland lange wachtlijsten. Deze behandeling was derhalve niet binnen een redelijke termijn hier te lande beschikbaar. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster toestemming verleend voor de tweede heupoperatie in België. De opmerking van de ziektekostenverzekeraar over het niet afgeven van een S2-formulier is onbegrijpelijk. Afgifte van een dergelijk formulier betekent dat in Nederland aanspraak bestaat op de betreffende zorg die onder het basispakket valt. De voorwaarden van de zorgverzekering komen niet overeen met de Europese regelgeving, aangezien voor dagbehandelingen geen voorafgaande toestemming hoeft te worden gevraagd. De Europese wetgeving biedt verschillende mogelijkheden van terugbetaling van gemaakte zorgkosten in een andere lidstaat. Een van die mogelijkheden is dat de zorgverlener de nota aan de patiënt uitreikt en de patiënt die nota vervolgens declareert bij zijn zorgverzekeraar. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft slechts een gedeeltelijke vergoeding voor de operaties verleend. Feitelijk wordt daarmee gesteld dat een lagere vergoeding geldt omdat wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoekster doet een beroep op het hinderpaalcriterium. De gedeeltelijke vergoeding houdt een korting van circa 30% in, hetgeen onredelijk is. Verzoekster voelt zich onheus behandeld en zelfs gediscrimineerd ten opzichte van verzekerden/patiënten die zich in Nederland laten opereren. De handelwijze van de ziektekostenverzekeraar strookt niet met het vrij verkeer van diensten. Verzoekster wijst op een bericht van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) waaruit blijkt dat het aan een zorgverzekeraar is om aan te tonen dat een zorgkostennota onterecht of onjuist is. Indien een door een zorgaanbieder gehanteerd tarief te hoog is, dient de zorgverzekeraar contact met die zorgaanbieder op te nemen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit niet gedaan, maar heeft vervolgens wel een korting toegepast op de vergoeding.
- 4.5. De tarieven die de ziektekostenverzekeraar op zijn website publiceert zijn niet marktconform. De tarieven kunnen alleen worden ingezien via de websites van ziekenhuizen, aangezien daarop de na de jaarlijkse onderhandelingen met de zorgverzekeraars afgesproken tarieven worden gepubliceerd. De kosten die de Nederlandse Heupkliniek te Sint-Martens-Latem in rekening heeft gebracht zijn niet excessief hoger dan het Nederlandse tarief voor een heupoperatie. Voor de vergoeding doet het er niet toe of de behandeling in een ziekenhuis of in een privékliniek plaatsvindt. Het gaat, als gezegd, om de behandeling die in het verzekerde pakket in het woonland voor vergoeding in aanmerking komt. Er is geen reden voor de ziektekostenverzekeraar om de nota's niet volledig te vergoeden.

Verzoekster benadrukt dat zij is geholpen door een zorgverlener in wie zij veel vertrouwen had. Het resultaat van de heupoperaties is uitstekend.

- 4.6. Met betrekking tot de eerste heupoperatie geldt specifiek het volgende. Omdat de behandelend arts in België verzoekster op korte termijn kon opereren, en dit gezien de klachten noodzakelijk was, is ervoor gekozen de heupoperatie door deze arts te laten uitvoeren (in dagbehandeling). De prijs voor een heupoperatie in dagbehandeling ligt lager dan een operatie met opname. Het is verzoekster uit navraag gebleken dat een heupoperatie in dagbehandeling in Nederland enkel in Delft mogelijk is. Hiervoor geldt een lange wachtlijst, en bovendien bedragen de kosten van de operatie aldaar € 8.813,--. Derhalve zijn de kosten van de eerste heupoperatie in geval van dagbehandeling niet hoger dan in Nederland, en in geval van opname zelfs lager dan in Nederland.
- 4.7. De tweede heupoperatie kon niet langer worden uitgesteld in verband met de pijn die verzoekster had. Op 26 oktober 2015 heeft telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. Bij die gelegenheid heeft verzoekster de noodzaak van de tweede operatie benadrukt. De ziektekostenverzekeraar adviseerde haar contact op te nemen met Orthopedium of het Reinier de Graaf ziekenhuis. Verzoekster is hiertoe overgegaan en dit heeft geresulteerd in een inventarisatie van de kosten van een heupoperatie en de verwachte behandeltermijn. De conclusie hiervan was dat een vergelijkbare heupoperatie (via de anterieure benadering) niet op korte termijn mogelijk was in Nederland (de wachttijd bedroeg enkele maanden), en dat de prijs van de operatie bij de Nederlandse Heupkliniek niet hoger is - en zelfs lager - dan de prijs die de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders hanteren. Op 29 oktober 2015 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor de tweede heupoperatie bij de Nederlandse Heupkliniek. Daarbij was voornoemde inventarisatie als motivatie gevoegd. Drie dagen vóór de geplande operatiedatum kreeg verzoekster telefonisch het bericht van de ziektekostenverzekeraar dat toestemming werd verleend voor de heupoperatie. Uit de nadien ontvangen schriftelijke bevestiging bleek dat de operatie niet volledig werd vergoed. Verzoekster ontving uiteindelijk op 24 november 2015 een specificatie waaruit bleek dat het marktconforme tarief van € 6.327,43 werd vergoed voor de tweede heupoperatie. Het is onbegrijpelijk dat wel toestemming wordt verleend voor de operatie, maar dat de kosten daarvan niet volledig worden vergoed. Verzoekster heeft immers een restitutiepolis en de ziektekostenverzekeraar biedt vrije artsenkeuze. Blijkbaar geldt dit alleen voor artsen met wie de ziektekostenverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. Dit strookt niet met het motto van de ziektekostenverzekeraar dat de patiënt centraal staat en dat het belangrijk is dat een patiënt een arts kan kiezen bij wie hij zich prettig voelt en waarin hij vertrouwen heeft. Verzoekster voert aan dat de verleende vergoeding niet marktconform is. Er is geen ziekenhuis dat voor circa € 6.200,-- een totale heupoperatie uitvoert. Het gemiddelde tarief in Nederland voor een heupoperatie met opname bedraagt € 9.849,--. Er zijn zelfs zorgverzekeraars die aan verzekerden mededelen dat voor een heupoperatie een bedrag van € 10.388,19 beschikbaar is. Bovendien liggen de kosten van een operatie bij de door de ziektekostenverzekeraar genoemde zorgaanbieders (Orthopedium en Reinier de Graaf ziekenhuis) hoger dan de kosten van de onderhavige operatie bij de Nederlandse Heupkliniek. Feitelijk heeft verzoekster geld bespaard voor de ziektekostenverzekeraar.
- 4.8. De door de ziektekostenverzekeraar toegepaste zorgproductcodes lijken onjuist te zijn. Voor de heupoperatie in dagbehandeling is zorgproductcode 131999051 met omschrijving "*Implanteren van een heupprothese bij een ziekte van botspierstelse*" passend. De bijbehorende declaratiecode is 15B033. Voor de heupoperatie met opname is zorgproductcode 131999052 het meest passend. De omschrijving van dit zorgproduct luidt "*Inbrengen van een heupprothese tijdens een ziekenhuisopname bij slijtage van de heup*". De toegepaste techniek, namelijk via de directe anterieure benadering, wordt niet apart vermeld. De bijbehorende declaratiecode is 15B034.
- 4.9. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij niet heeft gevraagd om artrose of versleten heupen. Zij is goed verzekerd en wil daarom geholpen worden op de manier die zij mag verwachten. Het geschil gaat over een paar duizend euro. De hele procedure kost thans al meer. Verzoekster heeft de operatie(s) aanvankelijk uitgesteld en alternatieve therapieën geprobeerd, waarvan de kosten grotendeels voor haar rekening bleven. Uiteindelijk was de situatie in mei

2015 qua pijn niet meer houdbaar. Er zijn foto's gemaakt en verzoekster heeft de mogelijkheden onderzocht. Zij heeft gekozen voor de anterieure benadering en gekeken waar de ingreep kon plaatsvinden. Er bleken lange wachttijden - tot zes maanden - te bestaan. Bij de Nederlandse Heupkliniek kon verzoekster binnen vier weken terecht. De eerste ingreep heeft in dagbehandeling plaatsgevonden. Het resultaat is goed; zij kan weer sporten. Volgens de ziektekostenverzekeraar hoefde voor een ingreep in dagbehandeling geen toestemming te worden gevraagd. Voor de tweede operatie heeft verzoekster dit wel gedaan. Hierop volgde een brief van de ziektekostenverzekeraar dat het marktconforme tarief wordt vergoed. De vraag komt dan op wat het nut is van het vooraf vragen van toestemming.

Voorts heeft verzoekster verwezen naar artikel 56 VWEU, de sociale zekerheidsverordeningen en de Patiëntenrichtlijn en gesteld dat sprake is van een belemmering van het vrije verkeer. De beslissing van de ziektekostenverzekeraar is daarom in strijd met het Europees recht. Bovendien is het marktconform tarief waaraan wordt gerefereerd erg laag. Bij ziekenhuizen in de buurt worden tarieven van circa € 10.000,-- tot € 11.000,-- gehanteerd. Dit zijn bedragen die hoger zijn dan de voorliggende nota's. Daarbij wordt geen rekening gehouden met de expertise van de arts, de techniek en de voor- en nabehandeling. Verzoekster verwijst naar het bindend advies van 20 november 2013 van de commissie met nummer 201300291. Hierin is geconcludeerd dat in strijd met het Europese recht is gehandeld.

Tot slot heeft verzoekster aangevoerd dat de passantentarieven onduidelijk zijn. Zij was er niet van op de hoogte dat dit niet de tarieven zijn die met de ziektekostenverzekeraar zijn afgesproken. Een verzekerde/patiënt kijkt naar de tarieven die zijn vermeld op websites, en daarop staat € 11.000,-- vermeld, terwijl de Nederlandse Heupkliniek € 9.000,-- rekent. Dat lijkt dan een 'koopje'.

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. De ziektekostenverzekeraar is een zogenoemde restitutieverzekeraar. Dit wil zeggen dat een verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg en dat hij vrij is in de keuze voor een zorgaanbieder. Dit betekent echter niet automatisch dat indien een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, de nota volledig wordt vergoed.

De ziektekostenverzekeraar wijst op artikel 10 leden 2, 3 en 5 van de zorgverzekering. Artikel 10 lid 5 is opgenomen in de zorgverzekering om verzekerden, ondanks het feit dat geen voorafgaande toestemming voor een behandeling is vereist, op een transparante en duidelijke wijze te informeren over onder andere de hoogte van de vergoeding.

5.2. Verzoekster heeft ervoor gekozen de eerste heupoperatie in dagbehandeling te laten uitvoeren. DBC-zorgproductcode 131999051 met omschrijving "*Heupoperatie of implanteren van een heupprothese (zonder verpleegligdagen) bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel*" en declaratiecode 15B033 is voor deze ingreep het meest passend. In 2015 bedroeg de marktconforme vergoeding voor dit zorgproduct € 3.631,69. Aan verzoekster is evenwel een hogere vergoeding toegekend, omdat een zorgproduct met verpleegligdagen is toegepast (DBC-zorgproductcode 131999052, declaratiecode 15B034). Het bijbehorende tarief is € 6.327,42. Uit telefonisch contact met verzoekster is gebleken dat zij de nazorg na de eerste operatie heeft genoten in een zorghotel. De ziektekostenverzekeraar gaat niet over tot terugvordering van het teveel uitbetaalde bedrag ter zake van de eerste heupoperatie. Overigens had de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster, indien zij voorafgaand aan de eerste operatie contact had opgenomen, kunnen mededelen dat de wachttijd voor die operatie in het Reinier de Graaf ziekenhuis zes weken is. Op 30 oktober 2015 heeft verzoekster een aanvraag ingediend voor vergoeding van een tweede heupoperatie in België. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 november 2015 toestemming verleend voor deze ingreep tot maximaal € 6.327,42, zijnde het marktconforme tarief. De reden dat toestemming is verleend aan verzoekster voor deze heupoperatie is dat zij een restitutiepolis heeft en derhalve vrij is in de keuze voor een zorgaanbieder. In de brief van 13 november 2015 is - vooraf - duidelijk vermeld dat recht bestaat op een maximale vergoeding van € 6.372,42, zijnde het marktconforme tarief behorend bij DBC-zorgproductcode 131999052 (declaratiecode 15B034).

Voor de tweede heupoperatie is geen S2-formulier afgegeven op grond van artikel 20 Vo. nr. 883/2004. Uit een bindend advies van de commissie van 14 mei 2014 leidt de ziektekostenverzekeraar af dat een eventuele afgifte van een S2-formulier voor verzoekster er niet toe zou hebben geleid dat zij aanspraak had op verstrekkingen die volgens de Belgische sociale ziektekostenverzekering worden vergoed. De reden hiervoor is dat de Nederlandse Heupkliniek niet is aangesloten bij het uitvoeringsorgaan van de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Dit betekent dat de aanspraak op vergoeding dient te worden gebaseerd op de Europese Patiëntenrichtlijn. Het uitgangspunt van deze richtlijn is dat Europese onderdanen recht hebben op medische zorg in een andere lidstaat en op vergoeding van de kosten van zorg als het zorg betreft die tot het verzekerde pakket van het woonland behoort. Hierbij is de vergoeding maximaal het bedrag dat de patiënt in eigen land vergoed zou hebben gekregen voor de zorg. In het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw (Beleidsregel TH/BR-018) is door de NZa bepaald dat indien een zorgverzekeraar in zijn restitutiepolis met gecontracteerde zorg toepassing heeft gegeven aan artikel 13 Zvw, en de verzekerde ervoor kiest naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, voor die zorg een korting mag worden toegepast op de vergoeding. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor iedere verzekerde die in eenzelfde situatie eenzelfde vorm van zorg of dienst behoeft, gelijk. Daarbij dient de hoogte van de vergoeding voorafgaand aan de behandeling in absolute bedragen voor de verzekerde eenvoudig te achterhalen zijn. De hoogte van de vergoeding is geregeld in artikel 15 lid 3 van de zorgverzekering. In het onderhavige geschil gaat het om een behandeling die valt in het onderhandelbare segment van de medisch specialistische zorg. Er is geen sprake van een wettelijk (NZa) tarief. Het tarief komt tot stand door onderhandelingen tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Aangezien de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten met de Nederlandse Heupkliniek in België en er ook geen sprake is van een wettelijk maximumtarief, is aan verzoekster de maximale marktconforme vergoeding betaald. De hoogte van het marktconforme tarief is gerelateerd aan het tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar contracteert bij vergelijkbare zorgaanbieders in Nederland voor de betreffende behandeling. De reden hiervoor is dat de ziektekostenverzekeraar aan zorgaanbieders waarmee geen overeenkomst is gesloten geen hogere vergoeding wil bieden dan aan zorgaanbieders waarmee wel een overeenkomst is gesloten. De ziektekostenverzekeraar is transparant over de door hem gehanteerde marktconforme tarieven. Op de website staat een overzicht van alle behandelingen met bijbehorende marktconforme vergoedingen. De stelling van verzoekster dat de gemiddelde prijs voor een heupoperatie in Nederland € 9.849,-- bedraagt en dat dit het marktconforme tarief is, is om meerdere redenen onjuist. In de eerste plaats is niet duidelijk of dit tarief is gebaseerd op passantentarieven (die openbaar zijn) of gecontracteerde tarieven. Daarnaast zijn de gemiddelde tarieven van ziekenhuizen meegewogen, terwijl de Nederlandse Heupkliniek een 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 door verzoekster genoemde tarief van € 9.849,-- kan daarom niet als uitgangspunt worden genomen. De overige tarieven die verzoekster noemt en op basis waarvan zij concludeert dat een heupoperatie niet voor een lager bedrag kan worden uitgevoerd, zijn passantentarieven. Deze kunnen niet als marktconforme tarieven worden beschouwd. Het passantentarief is niet gebaseerd op onderhandelingen tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder, en ligt daarom per definitie hoger dan het gecontracteerde tarief.

- 5.3. Blijkens de jurisprudentie mag een vergoeding bij 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 een arrest van de Hoge Raad uit 2014 blijkt dat een vergoeding van ten minste 75% van het wettelijke dan wel marktconforme tarief geen 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. Het argument van verzoekster dat 'maar' 68% van de nota is vergoed en dat hiermee een hinderpaal wordt opgeworpen, is niet hetgeen in de jurisprudentie als hinderpaal wordt beschouwd. De ziektekostenverzekeraar stelt zodoende dat van een hinderpaal geen sprake is.
- 5.4. Uit een arrest van het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 2 juni 2015 (ECLI:NL:GHARL:2015:3913) blijkt dat de Nederlandse Heupkliniek jegens een aantal door de

Nederlandse Heupkliniek gedagvaarde zorgverzekeraars geen beroep kan doen op artikel 56 VWEU, aangezien dit artikel zogenoemde horizontale directe werking ontbeert en de verhouding tussen de Nederlandse Heupkliniek en de zorgverzekeraars moet worden gezien als een horizontale verhouding. Het Hof stelt in het arrest dat het Hof van Justitie EG/EU een uitbreiding van de horizontale directe werking ten aanzien van overeenkomsten of andere rechtsverhoudingen tussen particulieren, die het Hof van Justitie EG/EU wel heeft aangenomen voor onder meer het vrije werknemersverkeer, nog niet heeft aanvaard. Het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden is dan ook van oordeel dat de Nederlandse Heupkliniek jegens de zorgverzekeraars geen beroep toekomt op artikel 56 VWEU. Aangezien verzoekster ook valt onder de door het Hof genoemde particulieren, is dit arrest van toepassing op de onderhavige kwestie. Dit betekent dat verzoekster geen beroep kan doen op de horizontale werking van artikel 56 VWEU.

- 5.5. Verzoekster stelt dat de polisvoorwaarden, en in het bijzonder artikel 10 lid 2, niet overeenkomen met de Europese regelgeving. Het artikel zou tevens in strijd zijn met het feit dat de ziektekostenverzekeraar een restitutieverzekeraar is met een vrije artskeuze. Het is voor de ziektekostenverzekeraar onduidelijk met welke Europese regelgeving de polisvoorwaarden in strijd zouden zijn. Dit is ook niet nader toegelicht door verzoekster. Met betrekking tot de stelling over de vrije artskeuze merkt de ziektekostenverzekeraar nog op dat het mogelijk is dat met zorgaanbieders afspraken worden gemaakt over de omvang en de prijs van de te leveren zorg, en dat in de zorgverzekering is overeengekomen dat de verzekerde zorg bij die zorgaanbieders dient te worden betrokken (Nota van Toelichting Zorgverzekeringswet, 29 763, nr. 3, pag. 2015).
- 5.6. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de vergoedingen, oftewel de marktconforme tarieven, transparant zijn en kenbaar zijn gemaakt op de website. Er is geen korting toegepast; de vergoeding is uitsluitend gebaseerd op de vooraf kenbaar gemaakte resitutietarieven. Daarbij kan geen vergelijking worden gemaakt met de tarieven zoals deze door ziekenhuizen, zoals het Reinier de Graaf ziekenhuis, worden gepubliceerd. De met ziekenhuizen gecontracteerde tarieven liggen per definitie hoger dan de marktconforme tarieven die in principe rond de 75% à 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief van een zorgverzekeraar bedragen. De Nederlandse Heupkliniek is een zogenaamd zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Ziekenhuizen hebben hogere kosten dan ZBC's, zodat de gemiddelde gecontracteerde tarieven voor ziekenhuizen ook hoger liggen dan die voor ZBC's. Het verwijzen naar DBC-tarieven van ziekenhuizen kan derhalve niet als uitgangspunt worden genomen bij de beoordeling of de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding marktconform is.
- Ook de verwijzing naar Zorgkaart Nederland kan niet tot de conclusie leiden dat de marktconforme tarieven voor behandelingen uitgevoerd door ZBC's evident hoger liggen dan het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde tarief. Zoals reeds opgemerkt, is het onduidelijk waar de tarieven van Zorgkaart Nederland op zijn gebaseerd, en of het daarbij gaat om passantentarieven (deze zijn openbaar) of om gecontracteerde tarieven. Daarnaast betreft het op de website van Zorgkaart Nederland genoemde tarief waarschijnlijk, gelet op de omschrijving, een ziekenhuistarief. Ook het op de website van Zorgkaart Nederland genoemde tarief kan derhalve niet als uitgangspunt worden genomen. Bovendien wordt een verzekerde op de website gewezen op de voorwaarde dat de kosten van een ingreep alleen dan volledig worden vergoed als hij zich wendt tot een gecontracteerd ziekenhuis.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat de zorgplicht van zorgverzekeraar is neergelegd in artikel 11 Zvw. In de Nota van Toelichting (pagina 103 e.v.) is over dit artikel het volgende opgemerkt: *"Voor de zorg of andere diensten die voor verstrekking of vergoeding in aanmerking komen, wijst artikel 11, eerste lid, terug naar de in artikel 10 opgesomde vormen van zorg en de (daarmee samenhangende) overige diensten. Daarbij dien overigens hier al te worden aangetekend, dat dit zeker niet betekent dat alle behoeften aan de in artikel 10 genoemde zorg volledig worden gedekt. (...) Gesteld kan derhalve worden, dat met artikel 11, eerste lid, juncto artikel 10, de aard van de te verzekeren prestaties volledig is bepaald, maar niet de inhoud of de omvang van die prestaties."* De ziektekostenverzekeraar wijst op artikel 13 lid 4 Zvw.
- Verzoekster stelt dat zij, gelet op de wachttijden in Nederland, gebruik heeft gemaakt van een zorgaanbieder buiten Nederland (binnen Europa) en toestemming daarvoor niet mag worden



geweigerd. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het feit dat in voorkomende gevallen toestemming niet mag worden geweigerd, in deze niet ter zake doet. De toestemming is immers gegeven. Een en ander brengt echter niet met zich dat de zorg ook volledig moet worden vergoed. Ten aanzien van de gestelde wachttijden geldt dat een heupoperatie via de voorste benadering in Nederland binnen een redelijke termijn (in ieder geval zes weken) beschikbaar was, onder andere bij het gecontracteerde ZBC Annatommie MC. Voor het uitvoeren van een dagbehandeling was geen medische noodzaak.

De zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar, zoals bedoeld in artikel 11 lid 1 sub b Zvw, houdt in dit kader in dat een verzekerde recht heeft op zorgbemiddeling. Het is aan de betrokken verzekerde om hierom te verzoeken. Verzoekster heeft geen verzoek om zorgbemiddeling bij de ziektekostenverzekeraar gedaan.

- 5.8. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat correct is gehandeld. Benadrukt zij dat het nooit de intentie is geweest verzoekster het gevoel te geven dat zij wordt gediscrimineerd. De zorgverzekeringsovereenkomst die met verzoekster is gesloten wordt op zorgvuldige wijze uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft met zijn restitutiepolis met gecontracteerde zorg uitvoering gegeven aan artikel 13 Zvw. Dit betekent dat als een verzekerde ervoor kiest naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, de verzekerde recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding voor deze zorg of diensten. De ziektekostenverzekeraar is niet verplicht een volledige vergoeding te verlenen.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de marktconforme tarieven op zijn website worden gepubliceerd. Op de websites van ziekenhuizen staan de passantentarieven vermeld. Hierover is niet met zorgverzekeraars onderhandeld. Het passantentarief is in het onderhavige geschil niet aan de orde. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de DBC is gebaseerd op de gehele behandeling, dus inclusief de voor- en nabehandeling. De expertise van de arts speelt geen rol bij de DBC. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het niet de bedoeling is dat verzoekster zich benadeeld voelt. Er wordt echter niet afgeweken van de marktconforme tarieven. Door een fout is al meer betaald. Om die reden is er geen ruimte verzoekster tegemoet te komen. Een extra vergoeding zou niet eerlijk zijn tegenover andere verzekerden. Het door verzoekster aangehaalde bindend advies is niet bekend, maar hierin zal niet staan dat altijd 100% moet worden vergoed. Overigens is in het onderhavige geval geen korting toegepast.
- 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 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 40 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 18a 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 1095365 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf indien dit medisch noodzakelijk is in verband met de medisch specialistische zorg, 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. Bij de telling van de 1095 dagen gelden de volgende regels:*

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;*
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1095 dagen;*
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1095 dagen.*

**lid 2.1.2 Medisch-specialistische zorg zonder opname (niet-klinische zorg)**

*Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.*

**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 3);*
  - 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](http://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, hier valt ook de sportarts onder,). In het geval van spoedeisende zorg is geen verwijzing noodzakelijk.*
- Voor een zwangerschap en/of bevalling mag u ook een verwijzing van een verloskundige hebben.*
- Voor een second opinion heeft u een aparte verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist.*

*Zorgverlener*

*De zorg wordt verleend door een medisch specialist.*

**lid 2.3 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 10 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van zorg 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 krijgtovereenkomst 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.*

*(...)*

*Het toestemmingsvereiste is niet van kracht als u zorg inroept die niet gepaard gaat met opname of verblijf, de zogenoemde extramurale zorg.*

*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.*

***lid 6 Bevoegde zorgverlener***

*Zorg in het buitenland komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze wordt verleend door een zorgverlener die in het desbetreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.*

*(...)"*

- 8.5. Artikel 15 van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"(...)*

***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, zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra, logopedie en Verpleging en Verzorging. Hiervoor geldt dat wij uw behandeling vergoeden 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](http://www.dsw.nl).*

#### *Vrije tarieven*

Wanneer u naar een zorgverlener 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](http://www.dsw.nl).

#### **lid 4 Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg**

Alleen originele nota's die voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag worden door ons in behandeling genomen. De nota dient zodanig te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Als u de nota zelf heeft ontvangen van de zorgverlener, bent u verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgverlener.

#### **lid 5 Extra voorwaarden ten aanzien van de betaling van rekeningen**

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat ontvangt u van die zorgverlener een nota ter voldoening van de kosten van de geleverde zorg. De aanspraak op vergoeding van deze kosten van de door een niet-gecontracteerde zorgverlener geleverde zorg is in beginsel persoonlijk.

U kunt de aanspraak op vergoeding van deze kosten, met inbegrip van alle voor u geldende polisvoorwaarden, echter overdragen op een niet-gecontracteerde zorgverlener door middel van een akte van cessie. Met deze akte van cessie gaan, naast de aanspraak op de vergoeding van de kosten al uw verplichtingen mede over op deze niet-gecontracteerde instelling. De vervolgens bij ons ingediende nota vergoeden wij met inachtneming van artikel 15, lid 3, alsmede artikel 15, lid 5, onder a.

##### *a. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener*

U geeft ons toestemming met zorgverleners en leveranciers afspraken te maken over de betaling van nota's. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij bepaalde of alle nota's rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. In het geval van curatieve GGZ en zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra, kan echter uitsluitend betaling van nota's aan de zorgverlener plaatshebben, indien door de zorgverlener een papieren versie van de nota, vergezeld van een getekende akte van cessie, bij ons wordt ingediend.

##### *b. Te veel vergoed aan de zorgverlener*

Als u op grond van deze polisvoorwaarden geen recht heeft op vergoeding of op een lagere vergoeding dan het door ons aan de zorgverlener betaalde bedrag, dan bent u verplicht ons het verschil te betalen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer u een eigen bijdrage of eigen risico heeft of wanneer er een maximumvergoeding geldt. U betaalt dit verschil op dezelfde wijze als uw premie via automatische incasso of met een acceptgiro.

##### *c. Verrekening*

Als wij een nota niet rechtstreeks aan de zorgverlener betalen maar aan u, dan mogen wij de aan u te betalen bedragen verrekenen met uw eventuele openstaande premie.

#### **lid 6 Bemiddeling**

De verzekerde heeft desgevraagd recht op zorgbemiddeling door DSW Zorgverzekeraar.

#### **lid 7 Machtiging**

Sommige behandelingen krijgt u alleen vergoed als u vooraf een aanvraag heeft ingediend en een machtiging van ons heeft gekregen. Dit staat dan vermeld bij de behandeling in kwestie. Om deze machtiging aan te vragen, stuurt u ons:

- een verwijfsbrief of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch specialist of tandarts; en
- als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Zodra u van ons een machtiging heeft gekregen, mag de zorg voor rekening van uw zorgverzekering worden gegeven. Een door DSW afgegeven machtiging geldt in principe niet langer dan 365 dagen (zie lid 11), en wordt afgegeven op basis van de geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden. De machtiging is niet meer geldig als de betreffende wet- of regelgeving

*wijzigt of als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd (tenzij de ingangsdatum van de DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) binnen de looptijd van uw verzekering ligt. (...)"*

- 8.6. De artikelen 10, 15 en 18a 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. Artikel 13 lid 1 Zvw bepaalt dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten. In artikel 13 lid 2 Zvw is bepaald dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt.
- 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. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoekster 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 is artikel 20 Vo. nr. 883/2004 van toepassing.

*Heupoperatie in dagbehandeling d.d. 22 juni 2015*

9.2. De heupoperatie die op 22 juni 2015 heeft plaatsgevonden betreft geen intramurale zorg en voor dergelijke zorg geldt op grond van de jurisprudentie van het Europese Hof het vereiste van voorafgaande toestemming niet. Partijen zijn hierover kennelijk niet verdeeld, aangezien verzoekster heeft erkend geen voorafgaande toestemming te hebben gevraagd, en de ziektekostenverzekeraar voor de nadien door haar gedeclareerde nota een (gedeeltelijke) vergoeding heeft verleend. Dat het ontbreken van voorafgaande toestemming verzoekster niet kan worden tegengeworpen betekent niet dat hierdoor voornoemd artikel 20 Vo. nr. 883/2004 van toepassing is en dat verzoekster recht heeft op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan (de ziektekostenverzekeraar) worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste - Belgische - wetgeving, alsof verzoekster krachtens die wetgeving verzekerd was. Uit de jurisprudentie van het Europese Hof (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijkt dat indien sprake is van dagbehandeling, de verordening geen toepassing vindt. Het geschil spitst zich daarom toe op de vergoeding op grond van de zorgverzekering.

9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat de bij verzoekster uitgevoerde ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat zij hiervoor een indicatie had.

Op grond van de verzekeringsvoorwaarden heeft verzoekster aanspraak op maximaal het Nederlandse tarief. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van de vergoeding uitgegaan van DBC zorgproductcode met omschrijving "..." (declaratiecode 15B034). Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het bijbehorende tarief is volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar € 6.327,42. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat een andere DBC zorgproductcode, te weten die voor een heupoperatie zonder verpleegligdagen (declaratiecode 15B033), feitelijk meer passend is, omdat verzoekster een heupoperatie in dagbehandeling heeft ondergaan. Desondanks is besloten het teveel vergoede bedrag niet terug te vorderen bij verzoekster. Uit het advies van het Zorginstituut van 13 oktober 2016 volgt ook dat DBC 15B033 (heupoperatie of implanteren zonder verpleegligdagen) het meest passend is voor de uitgevoerde ingreep.

Door verzoekster is betoogd dat zij een restitutiepolis heeft en dat de ziektekostenverzekeraar daarom is gehouden de kosten volledig te vergoeden. De commissie merkt hierover dat een zodanige verplichting bestaat indien sprake is van een zuivere restitutiepolis en de kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten (artikel 2 lid 2 Bzv). In het onderhavige geval betreft het evenwel geen zuivere restitutiepolis, maar een combinatiepolis, zoals blijkt uit artikel 15 lid 3 van de zorgverzekering.

In artikel 13 lid 2 Zvw is bepaald dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt. Blijkens de Memorie van Toelichting geldt dit niet alleen voor de (gedeeltelijke) naturaverzekering, maar ook voor bepaalde restitutieverzekeringen, zoals hier aan de orde. Met inachtneming van voornoemd artikel heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding voor een heupoperatie zoals hier in het geding bepaald op € 6.327,42. Deze vergoeding is op de website van de ziektekostenverzekeraar vermeld.

Verzoekster heeft derhalve op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op een hogere vergoeding dan € 6.327,42.

*Heupoperatie met opname d.d. 16 november 2015*

9.4. Verzoekster heeft voorafgaand aan de tweede operatie de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop een vergoeding ten bedrage van € 6.327,42 toegezegd. Er is geen S2-formulier afgegeven en de ziektekostenverzekeraar heeft bij de afgifte van de goedkeuring/toestemming niet aan dit formulier gerefereerd. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar aldus niet juist heeft gereageerd op de aanvraag van verzoekster. Artikel 20 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, 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."* Aangezien de ziektekostenverzekeraar vergoeding heeft toegezegd, vormen de criteria uit artikel 20 Vo. nr. 883/2005 geen onderwerp van discussie.

De vraag is vervolgens welke consequenties deze omissie heeft. Artikel 26 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 verzoekster onweersproken - hiertoe niet, aangezien de instelling niet is aangesloten bij het uitvoeringsorgaan van de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Het recht op vergoeding dient derhalve te worden beoordeeld volgens de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.5. Tussen partijen is, als gezegd, niet in geschil dat de bij verzoekster uitgevoerde ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Ook voor de tweede operatie had verzoekster een indicatie.
- De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van de vergoeding voor de heupoperatie met opname uitgegaan van dezelfde DBC zorgproductcode als die voor de operatie in dagbehandeling (in juni 2015). Onder verwijzing naar hetgeen is overwogen onder 9.3 stelt de commissie vast dat verzoekster op grond van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 6.327,42 voor de heupoperatie met opname in november 2015.
- 9.6. Verzoekster heeft gesteld dat de bedragen die zij aan de Nederlandse Heupkliniek heeft betaald voor de heupoperaties marktconform zijn, en dat zodoende door de ziektekostenverzekeraar een volledige vergoeding dient te worden verleend. Daarbij is door haar verwezen naar tarieven van ziekenhuizen in Nederland voor een zelfde soort heupoperatie. Deze tarieven betreffen echter passantentarieven, en dergelijke tarieven zien niet op de onderhavige kwestie. Zo komen de passantentarieven niet tot stand in onderhandeling met de zorgverzekeraars. Bovendien zou bij verzoekster niet een passantentariaf in rekening zijn gebracht, zo zij 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 een door een andere verzekeraar gemaakte afspraak voor een hoger tarief voor dezelfde ingreep. De ziektekostenverzekeraar koopt de onderhavige behandeling in bij verschillende instellingen, tegen verschillende tarieven. Het tarief van € 6.327,42 is het tarief waarvoor deze behandeling in een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis kan worden uitgevoerd. Aangezien verzoekster het tegendeel niet aannemelijk heeft gemaakt, moet genoemd bedrag worden beschouwd als het marktconforme tarief. Ook de stelling van verzoekster dat zij een kostenbesparing voor de ziektekostenverzekeraar heeft gerealiseerd, treft gelet op het voorgaande geen doel.
- 9.7. Verzoekster heeft voorts een beroep gedaan op artikel 56 VWEU inzake het vrij verkeer van diensten. Uit de jurisprudentie blijkt dat geen sprake is van horizontale werking van genoemde bepaling als het gaat om het verkeer van diensten. Het artikel is in de eerste plaats gericht tot de lidstaten en private partijen kunnen hier in hun onderlinge verhouding geen beroep op doen.
- 9.8. Ten aanzien van de gestelde wachttijden in Nederland merkt de commissie nog op dat bij een verzekering met een restitutiekarakter ingevolge artikel 11 lid 1 sub b Zvw (tevens) aanspraak bestaat op zorgbemiddeling. Het is daarbij aan de betrokken verzekerde hier om te verzoeken. Van een zodanig verzoek is in de procedure niet gebleken, zodat van schending van de zorgplicht geen sprake is.
- 9.9. Tot slot heeft verzoekster een beroep gedaan op het hinderpaalcriterium. De vraag is of de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoedingen voor de beide heupoperaties een feitelijke

hinderpaal opleveren om de zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zoals bedoeld in de Memorie van Toelichting bij artikel 13 Zvw.

Uit een uitspraak van de Rechtbank Zeeland - West Brabant van 14 maart 2013 (ECLI:NL:RBZWB:2013:BZ4071) kan worden opgemaakt dat ten tijde van het ontstaan van onderhavig geschil een korting van 50 percent als een feitelijke hinderpaal moest worden beschouwd.

In vervolg hierop heeft het Gerechtshof 's-Hertogenbosch in zijn arrest van 9 juli 2013 (ECLI:NL:GHSHE:2013.2971) overwogen dat in het algemeen niet is te zeggen wanneer sprake is van een feitelijke hinderpaal. Bij een korting van 50 percent moet dit echter voorshands worden aangenomen, bij gebreke van meer of andere gegevens. Het Hof heeft verder overwogen dat een vergoeding van 75 tot 80 percent in 2013 een breed gedragen praktijknorm was en heeft hierop een wel acceptabele vergoeding berekend. Dit oordeel van het Hof is in zijn arrest van 11 juli 2014 door de Hoge Raad in stand gelaten (ECLI:NL:HR:2014.1646).

De commissie sluit zich bij voormelde opvattingen aan. Dit betekent dat voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland en de andere lidstaten van de Europese Unie, geldt dat een vergoeding van minimaal 75 percent van het wettelijke dan wel het gecontracteerde tarief geen feitelijke hinderpaal oplevert, althans zolang dit percentage binnen de markt breed wordt gedragen.

Verzoekster heeft berekend dat in casu een korting van circa 30 procent is toegepast. Dit is in zoverre niet juist dat zij hiervoor de door de Nederlandse Heupkliniek in rekening gebrachte bedragen als uitgangspunt heeft genomen. Deze bedragen kunnen niet als zodanig worden gehanteerd aangezien hiervoor is overwogen dat het marktconforme tarief voor een ziekenhuis aanzienlijk lager ligt, terwijl daarnaast heeft te gelden dat de instelling een ZBC is, waarvan de operationele kosten sowieso minder bedragen dan die van een ziekenhuis. Hieruit volgt dat geen sprake is van een onderschrijding van eerder genoemd vergoedingspercentage.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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

#### **Conclusie**

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

#### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 januari 2017,

A.I.M. van Mierlo