



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C en de heer D te E, tegen F en G, beide te H  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, heupoperatie, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 201300881  
Zittingsdatum : 19 maart 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

---

## 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C en de D te E,  
tegen

- 1) F te H, en
- 2) G te H, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ Actief Polis, Tand Compleet en PreventCarePlus afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een heupoperatie, ondergaan in de Nederlandse Heupkliniek te Sint-Martens-Latem, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 8.633,61.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 juli 2012 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 23 augustus 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag dan € 8.633,61 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 16 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 oktober 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 november 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 maart 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 december 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 januari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2013149269) 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 juist is. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 maart 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 21 maart 2014 heeft de commissie het CVZ een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of de aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 maart 2014 de commissie medegedeeld dat het stuk geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend orthopedisch chirurg heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"Patiënt heeft reeds een heuparthroplastiek rechts ondergaan. Patiënt klaagde toenemend over liespijnklachten links. (...) Als pijnstilling gebruikt patiënt antifloristica hetgeen niet meer toereikend is. Bij het klinisch onderzoek is voornamelijk de endorotatie van het heupgewricht links beperkt. (...) Na overleg met de patiënt werd besloten tot het verrichten van een totale heuparthroplastiek via spiersparende anterieure benadering. Hierdoor is het post-operatief verloop verkort en het revalidatie-programma veel gemakkelijker te doorlopen (...)"*.
- 4.2. De operatieve behandeling vond plaats op 26 maart 2012 en betrof een totale heupoperatie via de direct anterieure methode, waarbij geen spieren worden doorgesneden en het revalidatie-traject wordt geminimaliseerd. De specialist die verzoeker heeft behandeld, was voorheen werkzaam in een ziekenhuis in Nederland en heeft zich in 2012 gevestigd in België met volledige focus op deze behandelmethode. De betreffende methode wordt door zeer weinig specialisten uitgevoerd. In Nederland zijn bovendien het concept van verfijning in de operatietechniek, de contactmomenten, de voorbereiding, de opnameduur, de behandel- en medicatieprotocollen alsook de nabehandeling niet voorhanden. Bovendien heeft het kleine aantal specialisten dat deze behandeling in Nederland toepast lange wachtlijsten, hetgeen bij de medisch specialist in België niet het geval is.
- 4.3. De techniek van de voorwaartse benadering is moeilijker dan de traditionele methode via de achterwaartse benadering. De grootste voordelen hiervan zijn dat het gewricht na de operatie direct volledig belastbaar is, en dat het mogelijk is het gewricht vrijelijk en zonder beperkingen te bewegen. Verder is de kans op luxatie nihil. Zo is het verloop bij verzoeker ook geweest.
- 4.4. Verzoeker heeft een restitutiepols, waardoor hij recht heeft op vrije artsenukeuze, onder waarborging van vergoeding van de werkelijke kosten. De ingreep valt onder de verzekerde zorg en de in rekening gebrachte kosten vallen zowel in Nederland als in België binnen de ethische niet-discriminerende normen. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat aan alle financiële eisen is voldaan indien hij de als marktconforme tarief bestempelde vergoeding van € 8.633,61 uitkeert. De totale kosten bedroegen echter € 9.463,70, zodat een bedrag voor rekening van verzoeker blijft. Verzoeker heeft onderzoek gedaan naar het Wmg-tarief voor deze behandeling, en is tot de conclusie gekomen dat dit tarief in 2012 € 9.712,80 bedroeg.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat andere verzekerden van de ziektekostenverzekeraar voor eenzelfde behandeling een hogere vergoeding hebben ontvangen.

Verder heeft verzoeker aangevoerd dat artikel 56 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie bepaalt dat de kosten van grensoverschrijdende zorg volledig dienen te worden vergoed. Iedere beperking van grensoverschrijdende zorgverlening is in strijd met genoemd artikel. Desgevraagd heeft verzoeker nog opgemerkt dat hij bij de behandelaar een akte van cessie heeft ondertekend.

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

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Het door verzoeker genoemde Wmg-tarief van € 9.712,80 is door de ziektekostenverzekeraar niet te herleiden. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DOT-code ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is 131999052 15B034 met als omschrijving: "*Heupoperatie of implanteren van een heupprothese (met verpleegligdagen) bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel*" en heeft een bijbehorend tarief van € 8.633,61. Dit tarief bestaat uit kosten voor het ziekenhuis van € 8.046,23 en een honorarium van € 587,38. Het betreft hierbij het gemiddeld gecontracteerde tarief. Het kan daarom zijn dat er ziekenhuizen zijn die voor de behandeling meer of minder in rekening brengen.

5.2. Verzoeker heeft een restitutiepolis, zodat hij vrij is in de keuze voor een zorgaanbieder. Verzoeker heeft in de aanvraag toegelicht dat hij de ingreep in België wilde ondergaan. Op het moment van de aanvraag was de zorg tijdig in Nederland voorhanden. Dit blijkt uit een door de ziektekostenverzekeraar bij het dossier gevoegde uitdraai van de zogenoemde Zorgatlas. Gespecificeerd op twee van de drie ziekenhuizen die verzoeker noemt, was de zorg op dat moment binnen vijf weken te verkrijgen in het Reinier de Graaf ziekenhuis, en binnen drie weken in de Gelderse Vallei. Aan verzoeker hoefde daarom geen S2-formulier te worden verstrekt, en hij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding dan reeds aan hem is uitgekeerd.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat toestemming is gegeven tot maximaal het Nederlandse tarief. Er bestond voor verzoeker ook de mogelijkheid de zorg in Nederland te laten plaatsvinden. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard bekend te zijn met de akte van cessie. De verleende vergoeding is dienovereenkomstig uitbetaald aan de zorgaanbieder.

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

#### 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. In artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoeker zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoeker hierop bij brief van 22 oktober 2013 gewezen. Door het retourneren van het antwoordformulier heeft verzoeker bevestigd dat hij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering. De commissie is derhalve bevoegd van het geschil kennis te nemen en hierover, zowel met betrekking tot de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

#### 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 8.633,61 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 2 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen."*

8.4. Artikel 14 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene Voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland."*

8.5. Artikel 7 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"2

*a De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten;*

*b De vergoeding van kosten vindt plaats op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, en voorts – tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief, danwel – indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)"*

8.6. De artikelen 2 en 14 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering en 7 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de 'algemene voorwaarden' 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, als volgt:

*"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen."*

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Onder 6 heeft de commissie geoordeeld dat zij bevoegd is van het onderhavige geschil kennis te nemen en hierover bindend advies uit te brengen. Een andere vraag is die naar de ontvankelijkheid van het verzoek.
- 9.2. Naar ter zitting is gebleken, is de vordering door verzoeker gecedeerd aan de zorgaanbieder. Van deze cessie is mededeling gedaan aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de gedeeltelijke vergoeding dienovereenkomstig uitbetaald aan de cessionaris. De cessie heeft tot gevolg dat verzoeker geen vordering heeft op de ziektekostenverzekeraar, aangezien deze vordering is overgedragen aan de zorgaanbieder. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker door de zorgaanbieder is gemachtigd voor en ten behoeve van de zorgaanbieder de onderhavige procedure te voeren. De commissie verklaart het verzoek daarom niet-ontvankelijk.

## **Conclusie**

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek niet-ontvankelijk dient te worden verklaard.

## 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie verklaart het verzoek niet-ontvankelijk.

Zeist, 16 april 2014,

Voorzitter