

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C en mevrouw D, beiden te E, tegen F te G  
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, totale heuparthroplastiek beiderzijds met minimaal invasieve techniek  
Zaaknummer : 2013.00291  
Zittingsdatum : 30 oktober 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

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

tegen

F te G, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een totale heuparthroplastiek beiderzijds met minimaal invasieve techniek, uitgevoerd te Sint-Martens-Latem, België (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 9 juli 2012 en 3 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de vergoeding 80% van het Nederlandse marktconforme tarief bedraagt, zijnde € 6.875,52 voor de operatie rechts en € 8.548,64 voor de operatie links (totaal € 15.424,16).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 21 september 2012 en 10 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld ter zake van de heupoperatie rechts € 1.673,12 na te betalen, en voor het overige 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 22 juni 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 11 september 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 september 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 september 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 13 september 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 14 oktober 2013 (zaaknummer 2013110007) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster is geïndiceerd voor vergoeding van de behandeling conform het bedrag, behorende bij de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is op 16 oktober 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 oktober 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 1 november 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 11 november 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag 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 verzoekster
  - 4.1. De huisarts heeft ter zake van verzoekster verklaard: *"[verzoekster] is door mij verwezen naar orthopeed ivm. coxarthrose bdz. rechts meer dan links. Is nu nog actief en wil dat zo houden. Graag uw beoordeling en adviezen."*
  - 4.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: *"coxarthrosis"*, en stelde voor: *"totale heuparthroplastiek via spiersparende anterieure benadering"*.
  - 4.3. Op 9 juli 2012 heeft de heupoperatie rechts plaatsgevonden en op 22 oktober 2012 de heupoperatie links.
  - 4.4. Verzoekster stelt dat zij zich vooraf uitgebreid en zorgvuldig heeft geïnformeerd over de verschillende methodes voor heupoperaties. Voorafgaand aan de beide heupope-

raties heeft zij de ziektekostenverzekeraar om toestemming verzocht. Beide keren is toestemming verleend, waarbij haar werd medegedeeld dat de vergoeding 80% van het Nederlandse marktconforme tarief zou bedragen. Dit is onjuist, aangezien artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing is. Dit artikel ziet op de situatie waarin de zorg niet of niet tijdig in de lidstaat waar een verzekerde woont kan worden geleverd. Door het verlenen van toestemming door de ziektekostenverzekeraar is in feite een S2-formulier afgegeven. De ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering.

- 4.5. Verzoekster bestrijdt de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de genoten zorg tijdig bij een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland beschikbaar was, te weten het Spaarne Ziekenhuis. De behandeling die dit ziekenhuis aanbiedt, is de zogenaamde fast-track-methode. Dit houdt in dat de zijkant van het bovenbeen wordt opengemaakt met een spiersparende huidsnede (minimaal invasieve techniek). Deze behandeling is niet gelijk aan de operatieve behandeling via de voorzijde van het been die verzoekster heeft ondergaan. Hierbij wordt via de direct anterieure methode vanaf de voorzijde van het bovenbeen het heupgewricht vervangen. Daarnaast zit er verschil in het verblijf, het operatieprotocol en het pijnbestrijdingsprotocol. De gekozen behandelmethode heeft verzoekster en de ziektekostenverzekeraar winst opgeleverd. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het Spaarne Ziekenhuis geen wachttijd kent voor een heupoperatie. Dit is feitelijk onjuist. Volgens de website van het ziekenhuis is de wachttijd vijf weken, en verzoekster is in het kader van eigen onderzoek telefonisch medegedeeld dat de wachttijd zelfs acht weken bedraagt. Verzoekster kon in België vrijwel direct worden geopereerd.
- 4.6. Volgens het CVZ voldoet de operatie die verzoekster heeft ondergaan aan de stand van de wetenschap en praktijk. De toegepaste methode is betrouwbaar en veilig. Derhalve is sprake van een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering. Er dient een vergoeding te worden verleend op basis van de verordening, de Nederlandse wet- en regelgeving dan wel de polisvoorwaarden.
- 4.7. De kosten van de in België genoten zorg bedragen € 9.463,70 per operatie. Dit is lager dan het Wmg-tarief voor 2012 en het Nederlandse marktconforme tarief. De ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot volledige vergoeding, aangezien sprake is van een verzekerde prestatie die niet (tijdig) in Nederland beschikbaar is. Verzoekster voert aan dat de wijze van berekenen van het Nederlandse marktconforme tarief door de ziektekostenverzekeraar onduidelijk is.
- 4.8. Verzoekster benadrukt dat zij hecht aan haar recht op vrije artskeuze. Zij heeft op basis van kwaliteit en deskundigheid gekozen voor behandeling door een ervaren arts. In Nederland is er slechts één medisch specialist die deze kwaliteit evenaart, en deze specialist werkt in Ede. De vertrouwensband met de behandelend arts is een kritieke succesfactor. De ziektekostenverzekeraar neemt dit niet serieus. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten aan kwaliteitseisen en financiële normen voldoen in Nederland, als EU-lidstaat. Wet- en regelgeving beschermt de burgers. Verzoekster stelt het zorgwekkend te vinden dat de ziektekostenverzekeraar patiëntenrechten bagatelliseert. Door het vervangen van beide heupen binnen vier maanden is verzoeksters kwaliteit van leven aanzienlijk verbeterd. Verzoekster voelt zich onheus bejegend door de ziektekostenverzekeraar. Zij ervaart de gehele kwestie als vervelend.

- 4.9. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij op 25 september 2012 toestemming heeft gevraagd voor de heupoperatie links, uit te voeren te België. Op 3 oktober 2012 is door de ziektekostenverzekeraar toestemming verleend. De verleende vergoeding bedraagt € 8.548,64 en dekt niet de werkelijke kosten. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat op grond van de polisvoorwaarden slechts recht bestaat op 80% van het – volgens de ziektekostenverzekeraar – geldende marktconforme tarief, waarbij een maximale eigen bijdrage van € 500,-- wordt gehanteerd, is aantoonbaar onjuist.
- 4.10. De ziektekostenverzekeraar gaat geheel en al voorbij aan het feit dat niet de polisvoorwaarden, maar de geldende Europese wet- en regelgeving en de daarop gebaseerde jurisprudentie van het Hof van Justitie EG (hierna: Hof) bepalend zijn voor de minimale omvang van het recht op vergoeding voor behandelingen die Nederlandse verzekerden in een ander EU-land ondergaan. Het Europese recht gaat immers voor op de polisvoorwaarden.
- 4.11. Verzoekster stelt op grond van diverse Europese regels recht te hebben op vergoeding van de kosten van de heupoperaties die zij in België heeft ondergaan op basis van 100% van het Nederlands tarief. Ten eerste is artikel 20 Vo. nr. 883/2004 van toepassing. Op basis van dit artikel bestaat recht op de heupoperaties uitgevoerd door een Belgische zorgaanbieder voor rekening van de ziektekostenverzekeraar, indien deze daarvoor toestemming heeft verleend. Door verzoekster is, zoals eerder opgemerkt, toestemming gevraagd en gekregen. Daarom bestaat recht op volledige vergoeding. De toestemming had ook niet geweigerd kunnen worden, aangezien dezelfde behandeling niet tijdig beschikbaar was in Nederland (zie artikel 26 Vo. nr. 987/2009). De minimaal invasieve spiersparende anterieure benadering wordt in Nederland namelijk nagenoeg niet toegepast. Voor een enigszins vergelijkbare heupoperatie golden bovendien wachtlijsten.
- Ten tweede bepaalt artikel 56 VWEU dat lidstaten het vrij verkeer van diensten niet mogen beperken. Geneeskundige behandelingen worden beschouwd als diensten in de zin van dit artikel. Zoals het Hof Den Bosch heeft geoordeeld (19 november 2002, LJN AF3205, Jansen/VGZ) zijn niet alleen lidstaten aan deze bepaling gebonden; ook zorgverzekeraars behoren deze verdragsbepaling na te leven. Het Hof van Justitie heeft in zijn jurisprudentie de toepassing van artikel 56 VWEU nader uitgewerkt. Hieruit blijkt dat als uitgangspunt geldt dat patiënten geen voorafgaande toestemming nodig hebben om in een andere EU-lidstaat behandeld te worden. Dit is slechts in uitzonderingsgevallen te rechtvaardigen. Omdat intramurale zorg gepland moet worden, heeft het Hof van Justitie toegestaan dat voor dit soort zorg voorafgaande toestemming wordt gevraagd. Verdere beperkingen op het vrij verkeer van diensten zijn niet toegestaan. Uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie blijkt voorts dat de kosten van grensoverschrijdende zorg door een zorgverzekeraar moeten worden vergoed als de behandeling die is ondergaan behoort tot het verzekerde pakket van het land van herkomst. Als een patiënt voor het ondergaan van een dergelijke behandeling zou moeten bijbetalen, houdt dit een niet toegestane beperking van het vrij verkeer van diensten in. Onbetwist is dat de onderhavige heupoperatie valt binnen het verzekerde pakket. Daarnaast staat als een paal boven water dat verzoekster niets voor de behandeling had moeten betalen als die bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland was ondergaan. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de verdragsbepaling inzake het vrij verkeer schendt door de kosten van de heupoperatie niet volledig te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar schijnt te denken dat op grond van Europese regelgeving slechts de verplichting be-

staat 80% van het marktconforme tarief te vergoeden, en meent kennelijk dat kan worden volstaan met een vergoeding van grensoverschrijdende zorg die overeenkomst met de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in plaats van gecontracteerde zorg. Dit is apert onjuist. De ziektekostenverzekeraar contracteert immers primair (of zelfs uitsluitend) binnenlandse zorgaanbieders. Het is evident dat in ieder geval meer binnenlandse zorgaanbieders dan buitenlandse zijn gecontracteerd. Omdat verzekerden van de ziektekostenverzekeraar alleen bij zorgverlening door (binnenlandse) gecontracteerde zorgaanbieders 100% van de gemaakte kosten vergoed krijgen en bij buitenlandse zorgaanbieders slechts 80%, maakt de ziektekostenverzekeraar een ongeoorloofd onderscheid tussen binnenlandse en buitenlandse zorgaanbieders. Er is met andere woorden sprake van verkapte discriminatie tussen binnenlandse en buitenlandse zorgaanbieders, hetgeen in strijd is met het vrije verkeer van diensten (vgl. o.a. HvJ EG 12 juli 2001, C-368/98, Vanbraekel en HvJ EG 13 mei 2005, C-385/99, Müller-Fauré en Van Riet). Feitelijk wordt een drempel opgeworpen om naar een zorgaanbieder in een andere lidstaat te gaan. Zoals opgemerkt, heeft het Hof van Justitie dergelijke drempels of beperkingen enkel toegestaan indien gebruik wordt gemaakt van een toestemmingsvereiste bij intramurale zorg. Daarvan is in casu geen sprake.

Ten derde heeft het Hof van Justitie zich altijd kritisch uitgelaten over de stelling dat, indien de zorg in een andere lidstaat zou zijn ondergaan bij een gecontracteerde zorgaanbieder wél sprake zou zijn van volledige vergoeding van de kosten en daarom het Europese recht niet zou zijn geschonden. Het Hof van Justitie heeft dergelijke argumenten altijd afgewezen met de overweging dat een nationale zorgverzekeraar meer contracten sluit met binnenlandse zorgaanbieders dan buitenlandse. Het effect van een stelsel waarbij de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg sterk beperkt is, betekent dat het in het algemeen voor patiënten goedkoper is naar een binnenlandse zorgaanbieder te gaan dan naar een vergelijkbare buitenlandse zorgaanbieder. Dit wordt gezien als verkapte discriminatie, hetgeen strijdig is met het vrij verkeer van diensten. In de jurisprudentie wordt de aanspraak op volledige vergoeding wel beperkt door de hoogte van de vergoeding in het eigen land. Verzoekster merkt in dit verband op dat zij geen aanspraak maakt op een hogere vergoeding dan de vergoeding die zou worden geboden indien de behandeling in Nederland zou zijn ondergaan.

Ten vierde bevat de Patiëntenrichtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg in verregaande mate een codificatie van de – hiervoor uiteengezette – jurisprudentie van het Hof van Justitie. Daarnaast beoogt de richtlijn naar eigen zeggen “*een algemenere en ook doeltreffender toepassing van de door het Hof van Justitie per geval ontwikkelde beginselen te bereiken*”. Het ligt derhalve voor de hand de jurisprudentie van het Hof van Justitie mede in het licht van de invulling die de Richtlijn daaraan geeft te interpreteren.

- 4.12. Verzoekster licht toe dat het om twee sporen gaat. Enerzijds de toepassing van de verordening en anderzijds de toepassing van het VWEU en de jurisprudentie. Het argument dat de behandeling tijdig in Nederland kon plaatsvinden gaat alleen op voor de toepassing van de verordening, en niet voor het andere spoor. Het Nederlands marktconforme tarief dient te worden vergoed.
- 4.13. Verzoekster stelt dat al het voorgaande leidt tot de conclusie dat zij recht heeft op vergoeding van de heupoperatie in België op basis van 100% van het Nederlands

marktconforme tarief. Dat in de polisvoorwaarden per abuis is opgenomen dat zij slechts rechts heeft op 80%, doet hieraan niets af. De ziektekostenverzekeraar dient zich immers eerst en vooral te houden aan het Europese recht. Voor zover de polisvoorwaarden daarmee in strijd komen, zijn deze nietig en binden verzoekster dus niet.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 is van toepassing op onderhavig geschil, aangezien sprake is van geplande zorg in een andere EU-lidstaat. Voor dergelijke zorg moet op grond van lid 1 vooraf toestemming worden gevraagd. In de situatie van verzoekster was niet aan de orde dat zij de verzekerde zorg niet of niet tijdig bij een in Nederland werkende zorgverlener kon krijgen. Artikel 20 lid 2 van Vo. nr. 883/2004 blijft daarom buiten toepassing. De toestemming/machtiging die is verstrekt betreft geen toestemming voor volledige vergoeding van de kosten zoals bedoeld in voornoemd artikel.

5.2. Verzoekster heeft op 22 juni 2012 telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Door haar werd – in het algemeen – gevraagd welke klinieken gecontracteerd waren voor het plaatsen van een heupprothese. De betreffende afdeling heeft daarop medegedeeld dat het Orthopedium te Delft is gecontracteerd voor deze zorg. Op 29 juni 2012 werd een aanvraag voor een machtiging ontvangen voor een heupoperatie bij de Nederlandse Heupkliniek in België. Bij deze aanvraag zat een verwijzing van de huisarts naar een orthopeed alsmede een indicatiestelling van dr. Van den Eeden, waaruit onder andere blijkt dat na overleg met verzoekster werd besloten tot het verrichten van een totale heuparthroplastiek via de spiersparende anterieure benadering. Tevens was een prijsopgave bijgevoegd, waarop is vermeld dat de operatieve ingreep, die was gepland op 9 juli 2012, door de indicatiesteller, dr. Van den Eeden, zou worden uitgevoerd.

5.3. De partner van verzoekster heeft op 5 juli 2012 telefonisch contact opgenomen, omdat verzoekster beslist wilde dat de operatie op 9 juli 2012 doorgang zou vinden. Hierop is de machtigingsaanvraag versneld afgehandeld en heeft op 5 juli 2012 wederom telefonisch contact met de partner van verzoekster plaatsgevonden. In dit gesprek is medegedeeld dat een machtiging zou worden afgegeven voor de heupoperatie. Er is uitdrukkelijk verteld dat, nu sprake is van zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgverlener, een kostenvergoeding plaatsvindt van 80% van het marktconforme tarief van DOT code 15B033 (heupoperatie zonder ligdagen), waarbij de overige 20% voor rekening van verzoekster blijft, met een maximum van € 500,--. De ziektekostenverzekeraar stelt dat expliciet is medegedeeld dat het Spaarne Ziekenhuis dezelfde behandeling uitvoert en dat er aldaar geen wachttijd is. Op 9 juli 2012 is de schriftelijke machtiging voor de heupoperatie in België, waarop is aangekend dat een maximumbedrag van € 6.875,52 wordt vergoed, per post aan verzoekster gezonden. Op 17 juli 2012 heeft de partner van verzoekster nog een vraag gesteld over het genoemde bedrag. Deze vraag is op 19 juli 2012 beantwoord.

5.4. Er is onderzoek gedaan naar een alternatief voor de onderhavige behandeling. Hieruit is gebleken dat bij het Spaarne Ziekenhuis te Hoofddorp – een gecontracteerde instelling – dezelfde minimaal invasieve anterieure heupoperatie wordt uitgevoerd.

Indien de heupoperatie aldaar had plaatsgevonden waren alle kosten vergoed. De kortste route van verzoeksters woonplaats naar dit ziekenhuis is 6,8 kilometer volgens de ANWB routeplanner. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat verzoekster een duidelijke keuze heeft gemaakt om de heupoperatie bij de Nederlandse Heupklinik in België te laten plaatsvinden. Sterker nog, de operatie was ten tijde van de aanvraag al ingepland. Gelet op de korte termijn tussen de datum van het ontvangen van de aanvraag en de geplande operatiedatum, werd de ziektekostenverzekeraar slechts korte tijd gegund om de aanvraag te beoordelen. Dit betekent niet dat de ziektekostenverzekeraar alsdan gehouden is binnen die termijn de beoordeling uit te voeren.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat verzoekster de verzekerde en geïndiceerde zorg zonder wachttijd bij een gecontracteerde zorgverlener, op korte afstand van haar woonplaats, kon verkrijgen. De behandeling aldaar zou volledig zijn vergoed. Het is verzoeksters keuze geweest deze zorg bij een niet gecontracteerde zorgverlener te laten uitvoeren. De machtiging is dan ook expliciet beperkt tot een bepaald bedrag.
- 5.6. De vergoeding voor de eerste heupoperatie is aangepast naar DOT code 15B034 (heupoperatie met ligdagen). Het marktconforme tarief bedraagt € 9.048,64. Een bedrag van € 500,- is voor rekening van verzoekster gebleven. Derhalve is door de ziektekostenverzekeraar € 8.548,64 (€ 9.048,64 - € 500,-) vergoed ter zake van de eerste heupoperatie.
- 5.7. Op 25 september 2012 is een aanvraag voor een tweede heupoperatie ontvangen. Deze operatie zou op dezelfde wijze worden uitgevoerd als de eerste, en zou wederom in België plaatsvinden door dr. Van den Eeden. Deze operatie is op 3 oktober 2012 gemachtigd onder precies dezelfde voorwaarden als de eerste, en wederom met de uitdrukkelijke kanttekening dat bij zorg in Nederland door een gecontracteerde zorgverlener de kosten volledig worden vergoed. DOT code 15B034 is toegepast. Het eigen risico is in rekening gebracht. Derhalve betrof de vergoeding voor de tweede heupoperatie € 8.328,64 (€ 8.545,64 - € 220,-).
- 5.8. Het Wmg-tarief is in onderhavig geval niet van toepassing. De toegepaste DOT code betreft namelijk een zorgproduct uit het B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en gecontracteerde zorgaanbieders. De stelling van verzoekster omtrent het Wmg-tarief is derhalve niet relevant. Er wordt niet overgegaan tot volledige vergoeding van het factuurbedrag. Verzoekster heeft een naturapolis, waardoor een beperking van de vergoeding geldt bij het betrekken van niet gecontracteerde zorg. De stelling van verzoekster dat voor een restitutiepolis geldt dat alle werkelijke kosten worden vergoed, is onjuist.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat beide machtigingen geen toestemming zoals bedoeld in artikel 20 lid 2 Vo. nr. 883/2004 inhouden. De machtigingen hadden namelijk betrekking op zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener met bijbehorende kostenvergoeding. Er is derhalve terecht geen S2-formulier afgegeven en er wordt niet tot tarifiering overgegaan.
- 5.10. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald met verwijzing naar het CVZ advies.. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat duidelijk is aangegeven dat zou worden vergoed tot het Nederlandse ta-



rief en dat maximaal € 500,-- voor eigen rekening van verzoekster zou blijven. Inder-  
tijd is hierop niet gereageerd. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar om in derge-  
lijke omstandigheden alternatieven aan te dragen. Er is conform de polisvoorwaarden  
gehandeld. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat op 30 mei 2012 Kamervragen  
zijn gesteld, waarop door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is ge-  
antwoord dat de Zvw in overeenstemming is met de Patiëntenrichtlijn. Bovendien  
worden de polisvoorwaarden getoetst door de Nederlandse Zorgautoriteit.

5.11. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat niet wordt gediscrimineerd tussen binnen-  
landse en buitenlandse zorgaanbieders. Van een schending van het vrij verkeer is  
geen sprake. In het kader van artikel 13 Zvw is momenteel veel aandacht voor het  
hinderpaalcriterium. Een korting van 20% vormt geen hinderpaal. De kosten van de  
heupoperatie zijn grotendeels vergoed.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 36 van de zorgverzekering en artikel 10 van de aanvullende ziekte-  
kostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en  
daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aan-  
vullende 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 ziekte-  
kostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en  
regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aan-  
gewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontrac-  
teerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 5  
tot en met 26 van de zorgverzekering.

Artikel 6 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aan-  
spraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit  
artikel als volgt:

### *“6.1 Algemeen*

*Voor in de artikelen 6 tot en met 16 en artikel 25 genoemde vormen van zorg (met uitzonde-  
ring van acute zorg) is een verwijzing noodzakelijk door uw huisarts, gecontracteerd bedrijfs-  
arts, medisch specialist of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft, door een verlos-  
kundige. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specia-  
listen als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is. Voor wat betreft mondzorg te ver-  
lenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18.*

### *6.2 Verblijf (Ziekenhuisopname)*

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch specialistische zorg tot een maximum van 365 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
- gebruikelijke medisch specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
- op het moment dat niet langer gronden voor medisch specialistische hulp in combinatie
- met verblijf in een centrum voor medisch specialistische zorg aanwezig zijn, dient dit
- direct aan [naam ziektekostenverzekeraar] te worden gemeld.

(...)

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

- bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening;

(...)"

8.3. Artikel 22 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"(...)

Als een verzekerde de zorg inroept van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vindt vergoeding voor de kosten van de zorg plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zou zijn verleend.

Indien bij de betreffende zorgvorm niet afzonderlijk is aangegeven wat de vergoeding voor de kosten van de zorg is, indien verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, dan vindt vergoeding voor die kosten plaats tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief.

De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening.

Heb ik toestemming nodig?

Voor intramurale zorg buiten Nederland (dat is opname of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht) is toestemming nodig van [naam ziektekostenverzekeraar]. Indien [naam ziektekostenverzekeraar] vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan Nederland, en deze zorg niet, of niet tijdig, kan worden ingeroepen in Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder dan vindt vergoeding van de kosten plaats tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. Indien de gevraagde intramurale behandeling tijdig in Nederland kan worden ingeroepen bij een gecontracteerde zorgaanbieder kan

toestemming worden gegeven voor vergoeding van de kosten tot maximaal 80% resp. 60 % van het Nederlandse marktconforme of WMG tarief zoals bepaald in artikel 6 resp. artikel 24. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening.

## 22.2 Woonachtig in Nederland

22.2.1 Tijdelijk verblijvend in een ander EU/EER-land of verdragsland Dit artikel is ook van toepassing op een verzekerde die in een ander land woont en die tijdelijk verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Waar heb ik recht op?

- u heeft recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheids verordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding van de kosten dan wel het recht op behandeling van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
  - u heeft recht op zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door [naam ziektekostenverzekeraar] in het betrokken land is gecontracteerd;
  - vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
  - indien [naam ziektekostenverzekeraar] vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- (...)

Wat zijn de voorwaarden?

- verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
  - zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, niet zijnde het woonland, is alleen van toepassing indien het in verdragslanden betrekking heeft op medisch noodzakelijke zorg (die reëlikerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) en in een EU/EER-land op prestaties, die tijdens verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf;
- (...)

## 22.5 Volledige vergoeding

In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt volledige vergoeding van de kosten plaats voorzover:

(...)

- b. de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door [naam ziektekostenverzekeraar].

## 22.6 Bevoegdheid zorgverlener of instelling

Zorg in het buitenland moet worden verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.”

- 8.4. De artikelen 6 en 22 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op

prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

8.6. 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.

8.7. 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

### Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de beide heupoperaties de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd.
- 9.2. Ter zake van de eerste heupoperatie (rechts) is door de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk een vergoeding ten bedrage van € 6.875,52 toegezegd, welk bedrag nadien is verhoogd tot € 8.548,64. Er is geen S2-formulier afgegeven en de ziektekostenverzekeraar heeft bij de afgifte van de machtiging niet aan dit formulier gerefereerd. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar aldus niet juist heeft gereageerd op de aanvraag van verzoekster.
- 9.3. De reactie van de ziektekostenverzekeraar begrijpt de commissie aldus dat de vereiste toestemming is geweigerd. De vraag is zodoende of deze weigering terecht was. De grond voor de weigering – te weten dat de zorg tijdig in Nederland beschikbaar was (o.a. Hof van Justitie EG, C-56/01, Inizan, r.o. 49) – is door de ziektekostenver-

zekeraar pas later in de procedure aangevoerd. Dit is tardief, zodat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft geweigerd een S2-formulier af te geven. Derhalve dient de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 26 lid 6 van Vo. nr. 987/2009 tot tarifiering over te gaan. Indien tarifiering leidt tot vergoeding en de daadwerkelijke kosten hoger zijn, heeft verzoekster op grond van artikel 22 van de zorgverzekering aanspraak op een aanvullende vergoeding tot in totaal maximaal het Nederlandse tarief, voor zover althans aan de overige voorwaarden van de zorgverzekering is voldaan. De vraag of is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering kan bevestigend worden beantwoord, aangezien de ziektekostenverzekeraar een vergoeding heeft toegezegd en reeds heeft uitbetaald.

- 9.4. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden heeft verzoekster aanspraak op maximaal het Nederlandse tarief. In dit verband rijst de vraag of de toegepaste korting van 20% van toepassing is. Zoals uit de Nederlandse jurisprudentie over het "hinderpaal-criterium" kan worden afgeleid, vormt een zodanige korting geen beperking van het vrije verkeer van diensten (o.a. Rechtbank Zeeland-West-Brabant, 28 juni 2013, C/02/263434/KG ZA 13-248).
- 9.5. Echter, in onderhavig geval is door de ziektekostenverzekeraar voorafgaande toestemming verleend voor de door verzoekster genoten zorg in België. Uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie EG kan worden opgemaakt dat voor intramurale zorg en voor bepaalde "dure" zorgvormen het vereiste van voorafgaande toestemming mag worden gehanteerd. Verdere beperkingen zijn niet toegestaan, aangezien deze inbreuk maken op de door het verdrag gegarandeerde vrijheden. Dit betekent dat een eenmaal gegeven toestemming voor een intramurale behandeling in een andere lidstaat moet worden geacht ongeclausuleerd te zijn gegeven. De ziektekostenverzekeraar dient derhalve – indien het Belgische tarief lager blijkt te zijn – een aanvulling toe te kennen tot het Nederlandse Wmg- of marktconforme tarief.
- 9.6. Ter zake van de tweede heupoperatie (links) is door de ziektekostenverzekeraar op gelijke wijze als ter zake van de eerste heupoperatie gereageerd op verzoeksters aanvraag. Ook voor de tweede heupoperatie is € 8.548,64 toegezegd. Hetgeen hiervoor is overwogen geldt eveneens voor de tweede heupoperatie. De ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering, en eventueel tot een aanvulling tot het Nederlandse Wmg- of marktconforme tarief.

#### **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 toegewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de zorgverzekeraar het entreegeld aan verzoekster vergoedt.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 20 november 2013,

Voorzitter