



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ONVZ
Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,
beide te Houten

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, knie-operatie, hoogte
vergoeding, vergoeding reis- en verblijfkosten

Zaaknummer : 201602450

Zittingsdatum : 19 april 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekeringen N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Optifit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een knie-operatie, ondergaan te Augsburg, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een gedeeltelijke vergoeding te verlenen van € 2.345,87.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij ongedateerde brief heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de vergoeding te verhogen naar € 3.466,--.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 10 januari 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 maart 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 april 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 20 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 5 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017013212) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het door de ziektekostenverzekeraar gekozen DBC-zorgproduct met code 131999199 passend is voor de uitgevoerde ingreep.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 april 2017 aan partijen gezonden. Aangezien de ziektekostenverzekeraar heeft afgezien van de mogelijkheid tot horen, is hij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
- 3.9. Verzoeker is op 19 april 2017 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 20 april 2017 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 25 april 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 12 juli 2016 een diagnostisch consult gehad bij de arts in Augsburg. De arts heeft op deze datum over verzoeker verklaard: "*(...) 35-jähriger Lehrer, sportlich aktiv mit Fußball, Squash, Joggen. 2014 beim Fußballtraining einschießender Schmerz in das linke Kniegelenk, nach Sportkarenz Beschwerdeverbesserung. Nach sportlicher Wiederaufnahme jedoch wieder auftretende Schmerzen im linken Kniegelenk medialbetont mit geringer Schwellung und Krepitation bei Bewegung. Durch Physiotherapie keine Beschwerdeverbesserung. Status nach Operation des linken Kniegelenkes September 2015 in Belgien mit vermutlich lateralem Release mit Revision der Patellarsehne. Postoperativ zunächst problemloser Verlauf für 5 Wochen, dann jedoch wieder Schmerzen im li. Kniegelenk nach Stolper-Trauma (mit dem li. Bein abgefangen). Die Schmerzen treten bei Belastung und in Ruhe auf. Sportliche Aktivitäten sind aufgrund der Beschwerden nicht mehr möglich. Zuletzt Diagnose eines "jumpers knee", Zweitmeinung in Belgien ist erfolgt, u.a. Feststellung eines Innemeniskusrisses. MRT Untersuchung des li. Kniegelenkes und Röntgenaufnahme Kniegelenk in 2 Ebenen vom 11.05.2016 liegt vor. Stoßwellentherapie und PRP Injektionen brachten keine Beschwerdeverbesserung. (...) Empfehlung: Wir führten ein erstes Beratungsgespräch über das Krankheits- und Beschwerdebild, deren mögliche auslösende Ursachen sowie den erhobenen Untersuchungsbefund. Es zeigt sich 9 Monate nach Revision der Patellarsehne extern eine Tendinitis und Teilrupturen der Patellarsehne Knie links. Operative Therapiemöglichkeiten und alternative, konservative Behandlungsoptionen, sowie deren Erfolgsaussichten wurden ausführlich mit dem Patienten diskutiert. Da sowohl Stoßwelle, Physiotherapie als auch PRP Injektionen erfolglos durchgeführt wurden, empfehle ich*

die Arthroskopie des linken Kniegelenkes mit Gelenkdebridement, Innenmeniskusbeurteilung ggf. Bearbeitung, Plicaresektion sowie Denervation und Keilresektion der Patellarsehne (OP nach Fritschy). Der kleine Innenmeniskusriss ist aus meiner Sicht nicht führend für die Beschwerden. (...)".

- 4.2. Naar aanleiding van de bevindingen van de arts in Augsburg heeft verzoeker op 13 juli 2016 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van de kosten van het diagnostisch consult. Van 27 tot en met 30 juli 2016 is verzoeker opgenomen geweest in het ziekenhuis in Augsburg, en heeft hij een knie-operatie ondergaan. Bij brief van 11 augustus 2016 deelde de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker mede een vergoeding te verlenen van € 2.345,87. Na heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar besloten dit bedrag te verhogen naar het hoogste Nederlandse passantentarief, hetwelk door het AMC voor de onderhavige operatie wordt gehanteerd, namelijk € 3.466,--. De kosten van het diagnostisch consult, de opname en de uitgevoerde ingreep in Augsburg bedragen echter totaal € 5.821,78. Aangezien de ziektekostenverzekeraar reclame maakt en hierbij benadrukt een 'zuivere' restitutieverzekering aan te bieden, terwijl de gemaakte kosten in Augsburg niet excessief zijn, dient de ziektekostenverzekeraar de volledige nota aan verzoeker te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Overigens is het verzoeker opgevallen dat de ziektekostenverzekeraar het woord 'zuivere' inmiddels van zijn website heeft verwijderd. Dit doet aan het voorgaande echter niets af.
- 4.3. Verzoeker benadrukt dat hij niet heeft gekozen voor de duurste mogelijkheid. Voorafgaand aan de behandeling in Augsburg heeft hij onderzoek gedaan naar eenzelfde behandeling in Vail, Colorado, Verenigde Staten. De kosten van de behandeling aldaar zouden uitkomen tussen \$ 45.000,-- en \$ 55.000,--, hetgeen verzoeker als excessief heeft beoordeeld.
- 4.4. Verder heeft verzoeker reis- en verblijfkosten moeten maken voor hemzelf en een begeleider. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten in het geheel niet vergoed, hoewel de zorgverzekering dekking biedt voor zittend ziekenvervoer.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij ernstige knieproblemen had. Onder meer behandelingen door een orthopeed hebben niet geleid tot een verbetering. Telkens werd medegedeeld dat hij veel moest revalideren. Omdat hij voelde dat er meer in zat is hij op internet gaan zoeken naar andere mogelijkheden. Zo is hij in Antwerpen terecht gekomen. Aldaar heeft een operatie plaatsgevonden, maar ook na de revalidatie van deze operatie bleek dat de knie-klachten nog steeds bleven bestaan. Na verder zoeken op internet kwam verzoeker op de website van een kliniek in de Verenigde Staten en een arts in Augsburg. Omdat de behandeling in de VS ruim € 50.000,-- zou kosten, heeft verzoeker zich laten informeren over de behandeling in Duitsland. Na een uitvoerig gesprek bleek dat de kliniek in Augsburg wel iets voor hem kon betekenen. Ook heeft verzoeker contact gehad met de ziektekostenverzekeraar en geïnformeerd naar de hoogte van de vergoeding. In dit gesprek is aan hem medegedeeld dat de vergoeding ongeveer € 2.400,-- zou bedragen. Al naar gelang de nota's zou dit anders kunnen zijn. Verzoeker heeft een restitutiepolis afgesloten. Uit de verzekeringsvoorwaarden van deze polis heeft hij begrepen dat de ziektekostenverzekeraar dan gehouden is de kosten volledig te vergoeden mits deze niet excessief zijn. De kosten zijn bovendien marktconform. Tot slot meent verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar gelet op de gedragscode zorgverzekeraars is gehouden aan de in folders gedane reclame-uitingen.
- 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. De ziektekostenverzekeraar is een restitutieverzekeraar. De reden dat in de terminologie op de website een wijziging is doorgevoerd van 'zuivere' restitutieverzekeraar naar restitutieverzekeraar heeft te maken met het feit dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft medegedeeld dat meer transparantie moet bestaan op het gebied van gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg. De ziektekostenverzekeraar volgt hierin de laatste richtlijn van de NZa.

- 5.2. Een restitutieverzekeraar moet volgens het marktconforme tarief een vergoeding verlenen, zoals is vastgelegd in artikel 2.2 lid 2 sub b Bzv. De wijze waarop het marktconforme tarief wordt bepaald, is niet omschreven in de wet, en moet daarom door de ziektekostenverzekeraar worden vastgesteld. In het verleden ging de ziektekostenverzekeraar uit van het gemiddelde passantentariaf van vijftien ziekenhuizen in Nederland. Deze tarieven liggen altijd hoger dan de door naturaverzekeraars gecontracteerde tarieven. Inmiddels wordt gewerkt aan een andere wijze van berekening.
- 5.3. In eerste instantie is aan verzoeker een vergoeding verleend van € 2.345,87, welk bedrag is gebaseerd op het gemiddelde passantentariaf van de door de ziektekostenverzekeraar geselecteerde vijftien ziekenhuizen. Na heroverweging is besloten uit te gaan van het hoogste passantentariaf dat in Nederland wordt gerekend, namelijk € 3.466,--. Het bedrag dat door de behandelend arts in Duitsland is gedeclareerd komt ruim boven dit hoogste passantentariaf uit, en kan daarom niet als marktconform worden gezien. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding dan € 3.466,--, ten laste van de zorgverzekering. Overigens zijn (mogelijke) redenen voor de hoge nota het gebruik van een één- of tweepersoonskamer, de extra kosten van de Chefarzt en de in rekening gebrachte kosten voor internetgebruik.
- 5.4. Aan verzoeker is geen zogenoemd S2-formulier verstrekt, omdat hij is behandeld in een Duitse privékliniek. Deze klinieken nemen geen deel aan het sociale ziektekostenstelsel en accepteren daarom geen S2-formulier. Ook is het in deze situatie niet mogelijk dat de Krankenkasse de behandeling tarifeert.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van 'Deel A Algemene bepalingen' van de zorgverzekering en 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 gehouden is 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 1 tot en met 26 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 6 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van

een huisarts, bedrijfsarts, een andere medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist-ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen. (...)

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1095 dagen (3 niet-schrikkeljaren).

Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen.

ONVZ vergoedt de kosten voor medisch-specialistische zorg, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. (...)

8.4. Artikel 22 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zittend ziekenvervoer en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse, per taxi of per eigen auto tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Als ONVZ u toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking tot 200 kilometer niet.

lid 2

ONVZ vergoedt de kosten van zittend ziekenvervoer alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. Bij het verlenen van toestemming kan ONVZ voorwaarden stellen aan de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

lid 3

Bij gebruik van de eigen auto vergoedt ONVZ € 0,30 per kilometer. ONVZ gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto volgens de routeplanner Routenet. lid 4 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor vervoer van en naar een persoon, instelling of woning zoals bedoeld in artikel 21, lid 2 a, b, d, e en f als:

- u nierdialyse moet ondergaan;*
- u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;*
- u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;*
- uw gezichtsvermogen zo is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;*
- u jonger bent dan 18 jaar en u bent aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 7.*

lid 5

In andere gevallen dan genoemd in lid 4 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor de behandeling van een langdurende ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet vergoeden van de kosten voor ulydt tot een onbillijkheid van overwegende aard. (...)

lid 7

Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 98,- per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage geldt niet voor vervoer:

- vanaf een instelling waarin u bent opgenomen naar een andere instelling waarin u wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. De kosten van beide opnames moeten gedekt zijn door de Basisverzekering of de Wlz;*

- heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling, dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Het onderzoek of de behandeling moeten gedekt zijn door de Basisverzekering, de opname moet gedekt zijn door de Basisverzekering of Wlz.
- heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling, die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Zowel de behandeling als opname zijn gedekt onder de Wlz.

lid 8

ONVZ vergoedt ook het vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het de begeleiding betreft van een kind jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunt u ONVZ toestemming vooraf vragen voor vergoeding van de vervoerskosten van twee begeleiders. (...)"

8.5. Artikel 25 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Als u voor korte of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft, of u vooraf een formulier moet aanvragen en of voorafgaand aan de behandeling toestemming van ONVZ nodig is. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of www.onvz.nl/buitenland raadplegen.

lid 1

U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de in dit deel B genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. Daarbij gelden ook de voorwaarden, die hiervoor bij de desbetreffende aanspraak vermeld staan. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2.

Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Bovendien is zorg in het buitenland soms duurder dan vergelijkbare zorg in Nederland. Daardoor kan het voorkomen dat kosten van zorg in het buitenland geheel of gedeeltelijk voor uw eigen rekening blijven. Wij raden u daarom aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met het ONVZ Service Center als u een behandeling in het buitenland wilt ondergaan. (...)

lid 2

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:

1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of
2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.

Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een verdragsland. (...)"

8.6. Artikel 1 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...) lid 2

ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is. (...)"

8.7. De artikelen 1, 6, 22 en 25 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van 'Deel A Algemene bepalingen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. 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 2.2 lid 2 Bzv luidt, voor zover hier van belang:

"Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:

(...)

b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten."

8.9. 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.

8.10. Artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"(...) lid 2

Voorziene behandelingen

ONVZ vergoedt de kosten:

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 6 van deel B van de Basisverzekering, als de zorg is verleend in een door ONVZ erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Het overzicht van door ONVZ erkende ziekenhuizen kan tussentijds wijzigen. Het actuele overzicht kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden;*

- van ziekenvervoer als vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering. Deze behandeling vindt plaats in een ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. ONVZ vergoedt het vervoer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. ONVZ vergoedt taxivervoer of € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan ONVZ het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).*

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed;

- die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. (...)"*

8.11. 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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, 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.

Ten aanzien van het diagnostisch consult geldt dat verzoeker geen voorafgaande toestemming aan de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in een dergelijk geval buiten toepassing.


Met betrekking tot de opname en ingreep geldt dat verzoeker hiervoor wél voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming heeft gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij aan verzoeker geen zogenoemd S2-formulier heeft verstrekt, omdat de ingreep heeft plaatsgevonden in een privékliniek, die geen S2-formulieren accepteert, aangezien deze niet deelneemt aan het sociale ziektekostenstelsel van Duitsland. Om die reden is ook tarifiering volgens de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk.

De commissie merkt hierover op dat toestemming niet mag worden geweigerd wanneer de behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet - hetgeen hier het geval is - en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. Op deze weigeringsgrond heeft de ziektekostenverzekeraar zich niet beroepen. Dat sprake is van een privékliniek betekent niet per definitie dat geen vergoeding mogelijk is op basis van de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. In Duitsland is dit echter wel het geval en zal tarifiering daarom niet leiden tot enige vergoeding. Het feit dat de toestemming in het kader van de verordening op basis van een onjuiste grond is geweigerd, blijft derhalve zonder gevolgen. Het recht op vergoeding dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering en dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de onderhavige ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor een indicatie had. Ook is niet in geschil dat door de ziektekostenverzekeraar wordt uitgegaan van het juiste DBC-zorgproduct. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker aanspraak heeft op het hoogste Nederlandse passantentariaf van € 3.466,- dan wel op vergoeding van de gehele nota van € 5.821,78.


9.3. Artikel 2.2 lid 2 sub b Bzv bepaalt dat op de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de *Nederlandse* marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. De ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van het hoogste tarief dat in Nederland voor deze ingreep door een zorgaanbieder mag worden gedeclareerd en in voorkomend geval door hem moet worden vergoed. Hieruit volgt dat het bedrag dat door de behandelend arts van verzoeker in rekening wordt gebracht voor deze ingreep, niet in redelijkheid passend is te achten, en daarom is uitgesloten van vergoeding. Het gegeven dat de behandeling elders ter wereld nóg duurder is, is niet relevant. De commissie tekent hierbij aan dat het vermoeden van de ziektekostenverzekeraar dat een deel van de hogere kosten verband houdt met de keuze voor een tweepersoonskamer, de extra kosten van een Chefarzt en internetgebruik, wordt bevestigd door de nota van de zorgaanbieder. Voor deze kosten biedt de zorgverzekering geen dekking.

9.4. Verzoeker heeft voorts de reis- en verblijfkosten gevorderd van hem en van een begeleider. Voor zover het de hotelovernachtingen betreft, geldt dat de zorgverzekering hiervoor geen dekking kent.




Nog afgezien van de vraag of verzoeker behoort tot één van de in artikel 22 van 'Deel B Omvang Dekking' genoemde categorieën van verzekerden waarvoor zittend ziekenvervoer is bedoeld, dan wel of hij voldoet aan de hardheidsclausule, geldt dat het vervoer heeft plaatsgevonden over een afstand van meer dan 200 kilometer. Van een voorafgaande toestemming voor dit vervoer door de ziektekostenverzekeraar is niet gebleken. Om die reden heeft verzoeker geen aanspraak op de gemaakte reis- en verblijfkosten, ten laste van de zorgverzekering.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor kosten van zorg in het buitenland en van het betreffende ziekenvervoer indien het gaat om een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen ziekenhuis dat zich binnen een afstand van 60 kilometer van de Nederlandse grens bevindt. Dit is bij verzoeker niet aan de orde. Hij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van deze kosten, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 mei 2017,



A.I.M. van Mierlo