



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,  
beide te Wageningen  
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, rugoperatie, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 201501904  
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 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004, artt. 25 en 26 Vo. nr. 987/2009)

---

1. Partijen

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

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (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 ExtraVerzorgd 3 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).  
De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 1 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een rugoperatie, uitgevoerd te Meppen (Duitsland), ten bedrage van totaal € 6.611,93 (hierna: de aanspraak). Door middel van de uitkeringsspecificatie van 10 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, in die zin dat de vergoeding totaal € 2.952,14 bedraagt. Bij brief van 13 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de vergoeding totaal € 2.970,91 belooft.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 3 maart 2015, 20 mei 2015 en 16 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 26 januari 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag van € 2.970,91 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 e-mailbericht van 11 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 april 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. De commissie heeft de behandeling van het geschil, vanwege een door de ziektekostenverzekeraar ingediend tarifieringsverzoek, desgevraagd aangehouden. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 21 september 2016 bericht over de uitkomst van de tarifiering in Duitsland. Een afschrift hiervan is op 22 september 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. 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 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 22 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 27 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016119505) 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 toegepaste DBC's voor de berekening van de vergoeding, passend zijn. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 21 respectievelijk 30 november 2016 aan verzoekster en de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid is gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.
- 3.10. Verzoekster is op 14 december 2016 telefonisch gehoord, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 16 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 22 december 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft op 3 januari 2014 over verzoekster verklaard: "*Gaarne op verzoek van [verzoekster] uw deskundige mening over reeds lang bestaande in Nederland uitbehandelde rugklachten. Wellicht dat er toch een behandelbare afwijking door u gevonden kan worden. (...)*". Verzoekster is verwezen naar drs. Wigt in Meppen.
- 4.2. Verzoekster heeft zich voor een behandeling tot een arts in Duitsland gewend. Voorafgaand hieraan is de ziektekostenverzekeraar op de hoogte gesteld, waarbij verzoekster heeft geïnformeerd naar de hoogte van de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar kon hierover geen uitsluitel geven, ondanks het feit dat een gedetailleerd verslag en een kostenbegroting waren overgelegd. Volgens de ziektekostenverzekeraar konden de nota's van de behandeling in het buitenland pas achteraf worden beoordeeld. Verzoekster heeft nog enkele aanvullende vragen gesteld en de ziektekostenverzekeraar herhaalde dat geen uitspraak kon worden gedaan over de hoogte van de vergoeding. Tevens is geen mededeling gedaan over een maximale vergoeding.

- 4.3. De huisarts heeft op 10 mei 2014 over verzoekster verklaard: "*Hierbij deel ik u mede dat [verzoekster] eerder dit jaar is verwezen naar de orthopedie in Meppen, Duitsland, ter evaluatie of er toch een behandelbare afwijking gevonden zou worden voor haar langdurig bestaande rugklachten. Dit blijkt nu inderdaad het geval. (...) Dit is voor patiënte uiteraard heel goed nieuws. Met name wegens het feit dat er in al die jaren behoorlijk veel diagnostiek is ingezet in Nederland en hierbij nooit een behandelbare oorzaak werd vastgesteld. Patiënte is in Nederland door vele specialisten gezien, zowel de orthopedie als de neurologie en de pijnpoli. Hierbij werd aldoor verteld dat er niks op de MRI werd gezien, ook bij een second opinion in de Maartenskliniek kreeg zij dit te horen. Nu blijkt de orthopeed in Duitsland wel degelijk een afwijking te zien op de in 2009 gemaakte MRI, ook nu achteraf nog. Ook laat de orthopeed weten dat dit goed te behandelen is middels operatie. U begrijpt dat het vertrouwen in de orthopedie in Nederland bij patiënte geschaad is, zij kijkt hoopvol uit naar een operatie in Duitsland. Hopelijk zal u dit kunnen vergoeden. (...)*"
- 4.4. Op 14 oktober 2014 heeft verzoekster een rugoperatie bij drs. Wigt in Meppen ondergaan.
- 4.5. Na de operatie zijn de nota's hiervan bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar blijkt niet bereid alle kosten te vergoeden. Dit is uiterst teleurstellend. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar niet conform de regels heeft gehandeld. Voorafgaand aan de behandeling heeft contact met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden, waarbij is verzocht om toestemming. Dit betekent dat Verordening 883/2004 van toepassing is. De ziektekostenverzekeraar had op dat moment moeten beoordelen of een S2-formulier moest worden afgegeven. Deze informatie is nimmer aan verzoekster verstrekt. Indien de ziektekostenverzekeraar van mening was dat de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking zou komen, had afgifte van bedoeld formulier op dat moment moeten worden geweigerd. Vooral omdat verzoekster regelmatig had geïnformeerd naar de vergoeding. Zij kan zich dan ook niet aan de indruk onttrekken dat achteraf door de ziektekostenverzekeraar wordt toe geredeneerd naar het gewenste antwoord. Uit de verklaring van de huisarts blijkt dat verzoekster in eerste instantie medische hulp heeft gezocht in Nederland. Het is niet zo dat zij zich direct in Duitsland heeft laten behandelen. Verzoekster heeft veel onderzoeken bij Nederlandse medisch specialisten ondergaan, die overigens geen afwijkingen konden vinden, voordat zij zich met succes in Duitsland liet behandelen. Hieruit kan worden opgemaakt dat de zorg niet in Nederland verkrijgbaar was. De ziektekostenverzekeraar was derhalve verplicht een S2-formulier af te geven. Tevens dient te worden overgegaan tot tarifiering, zodat na bepaling van het tarief in Duitsland de juiste vergoeding aan verzoekster kan worden toegekend. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar artikel 5 van de Europese patiëntenrichtlijn overtreden. Patiënten moeten op basis van deze richtlijn op verzoek worden geïnformeerd over de terugbetalingsvoorwaarden bij grensoverschrijdende zorg, over de procedures voor toegang tot en vaststelling van die aanspraken alsook voor beroep en verhaal indien de patiënt van mening is dat zijn rechten niet worden gerespecteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft zich niet aan die verplichting gehouden, ondanks herhaalde verzoeken van verzoekster om hierover een uitspraak te doen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar tot op heden geen duidelijkheid kunnen verschaffen over hoe de DOT-zorgproducten zijn vastgesteld. Het lag op de weg van de ziektekostenverzekeraar dit nader te onderbouwen, vooral nu de hoogte van de vergoeding hierop is gebaseerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan de ondergane behandeling niet worden gekwalificeerd als een complexe operatie aan de wervelkolom, zodat geen reden is het zorgproduct aan te passen. Verzoekster heeft dit voorgelegd aan haar behandelend arts. Deze heeft te kennen gegeven dat de ondergane behandeling wél gekwalificeerd moet worden als een complexe operatie. Volgens de behandelend arts zal iedere arts dit bevestigen. Het is opmerkelijk dat (de adviserend geneeskundige van) de ziektekostenverzekeraar hiervan afwijkt. Het is evident dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft voldaan aan zijn informatieplicht. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar immers vooraf verzocht duidelijkheid te verschaffen over de vergoeding van de kosten. De ziektekostenverzekeraar had toen moeten mededelen dat 60 percent van de kosten worden vergoed. Op dat moment had verzoekster kunnen beslissen of zij bereid was een dergelijke financiële verplichting aan te gaan. Nu is het een voldongen feit.

Gelet op het voorgaande, dient de ziektekostenverzekeraar de ondergane behandeling alsnog volledig te vergoeden.

4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in Nederland tien jaar op zoek is geweest naar een diagnose en een behandeling. Uiteindelijk kwam zij twintig kilometer over de grens in Duitsland terecht. Vervolgens heeft overleg plaatsgevonden met de huisarts. Deze zou alle stukken gereed leggen. Hierna heeft verzoekster contact gehad met de ziektekostenverzekeraar en een diagnose, behandelplan en kostenbegroting ingestuurd. De reactie van de ziektekostenverzekeraar was dat de vergoeding alleen achteraf kon worden bepaald. Op de herhaalde vraag om een opgave van de vergoeding, volgde een standaardbrief. Verzoekster heeft zelf in een document van honderden pagina's gezocht naar het juiste tarief, maar het woord stenose heeft zij niet gevonden. Verzoekster is van mening dat een verzekerde/patiënt vooraf moet worden geïnformeerd over de vergoeding, althans voor zover de noodzakelijke stukken zijn overgelegd. Nu worden bepaalde kosten niet vergoed, en de ziektekostenverzekeraar had dit eerder kunnen mededelen. De vraag aan de ziektekostenverzekeraar was hoeveel de vergoeding ongeveer zou bedragen in de gegeven situatie. Achteraf bezien klopte alles precies. Dat het plaatje er anders uit zou zien als complicaties zouden optreden, is verzoekster duidelijk. Voorts heeft verzoekster verklaard dat de kwestie door haar aan de behandelend arts is voorgelegd, en dat deze nog een brief voor de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft opgesteld. Hoewel verzoekster poliklinisch is behandeld, was dit feitelijk anders. Zo is zij na de ingreep naar een zorghotel vervoerd en daar verbleven tot het korset was aangemeten.

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

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

5.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op zorg die gebruikelijk, medisch noodzakelijk en doelmatig is. Daarnaast dient in geval van een medisch-specialistische behandeling een geldige, voorafgaande verwijzing van de huisarts of medisch specialist te worden overgelegd.

Tot 1 januari 2012 werd medisch-specialistische zorg gedeclareerd door middel van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). De kosten van het gehele behandeltraject werden ondergebracht in één code. Vanaf 1 januari 2012 is de DBC-systematiek vervangen door de DOT-systematiek (DBC op weg naar transparantie). Ziekenhuizen declareren vanaf die datum door middel van zorgproducten. Een zorgproduct omvat alle zorgactiviteiten die bij een bepaalde diagnose horen. Verzoekster had in 2014 een naturaverzekering afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar. Natura betekent dat een verzekerde recht heeft op de zorg zelf. De ziektekostenverzekeraar sluit hiertoe overeenkomsten met zorgaanbieders. Zo kan de zorg worden gegarandeerd. Indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft gesloten met de ziektekostenverzekeraar, bestaat aanspraak op een gedeeltelijke kostenvergoeding. Verzekerden worden hierop in de verzekeringsvoorwaarden uitdrukkelijk gewezen.

Voor zorg die wordt genoten bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gelden maximale vergoedingen. De lijst met maximale vergoedingen is gepubliceerd op de website van de ziektekostenverzekeraar. Een verzekerde is altijd het eigen risico, en, indien van toepassing, de eigen bijdrage verschuldigd.

Medisch specialistische zorg in het buitenland wordt niet gedeclareerd conform de DOT-systematiek. Voor iedere verrichting worden de kosten apart berekend. Dit brengt met zich dat de vergoeding van medisch-specialistische zorg in het buitenland slechts achteraf kan worden vastgesteld aan de hand van een behandelplan, operatieverslag en originele, gespecificeerde nota's. Vooraf is een eventuele vergoeding niet vast te stellen omdat tijdens of na een operatie complicaties kunnen optreden waardoor de hoogte van de vergoeding kan afwijken.

5.2. In de situatie van verzoekster is sprake van geplande zorg in Duitsland. Op 30 januari 2014 heeft een consult bij drs. Wigt plaatsgevonden. Verzoekster heeft op 13 juni 2014 enkele nota's ingediend met betrekking tot een aantal vooronderzoeken aldaar. Uit deze gegevens kwam naar voren dat zij een operatieve ingreep wilde ondergaan bij deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Duitsland. Uiteindelijk heeft verzoekster bij drs. Wigt in dagbehandeling een kanaalstenose

operatie ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook niet kunnen beoordelen of de door verzoekster ondergane zorg niet, of niet tijdig, in Nederland beschikbaar was.

Op 27 juni 2014 is schriftelijk aan verzoekster medegedeeld dat de hoogte van de vergoeding pas achteraf kan worden vastgesteld.

Verzoekster heeft na afloop van de behandeling de door de ziektekostenverzekeraar benodigde gegevens overgelegd. Aan de hand van deze gegevens heeft de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar voor de behandeling die verzoekster bij drs. Wigt heeft ondergaan, een drietal DOT-zorgproducten vastgesteld:

- 131999237, met omschrijving "consult op de polikliniek bij klachten aan de wervelkolom", en bijbehorend tarief van € 142,42;

- 131999178, met omschrijving "beeldvorming (röntgen/echo/CT/MRI) bij klachten aan de wervelkolom", met een bijbehorend tarief van € 464,53;

- 131999264, met omschrijving "operatie aan de wervelkolom waaronder nekhernia bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel", met een bijbehorend tarief van € 2.363,96.

De adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar is bij uitstek deskundig om te beoordelen of sprake is van verzekerde zorg vanuit de zorgverzekering en zo ja, welke DOT-zorgproducten op de ondergane behandelingen van toepassing zijn. Hoewel de ernst van de medische klachten van verzoekster niet in twijfel wordt getrokken, kan de in dagbehandeling ondergane kanaalstenose operatie niet worden gezien als een "complexe operatie aan de wervelkolom bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel" (zorgproduct 131999260).

Verzoekster was in 2014 verzekerd op basis van een naturapolis. Op grond van deze verzekering bestond in 2014, indien werd gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, recht op een vergoeding van 60 procent van het door de ziektekostenverzekeraar gemiddeld gecontracteerde tarief voor de betreffende behandelingen. Dit is uitdrukkelijk vermeld in de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster had derhalve op de hoogte kunnen zijn van het feit dat, als zij kiest voor niet-gecontracteerde zorg in Duitsland, geen volledige kostenvergoeding plaatsvindt. Na controle van de door de ziektekostenverzekeraar verwerkte nota's is gebleken dat bij het vaststellen van de vergoeding een fout is gemaakt. Verzoekster heeft een vergoeding toegekend gekregen volgens de voorwaarden van de restitutiepolis. Deze vergoeding bedraagt 100 procent van het door de ziektekostenverzekeraar gemiddeld gecontracteerde tarief, en ligt aanzienlijk hoger dan de vergoeding waarop verzoekster volgens de naturapolis aanspraak kon maken. Het teveel vergoede bedrag wordt niet bij verzoekster teruggevorderd.

Bij brief van 13 januari 2015 is aan verzoekster medegedeeld dat zij aanspraak kan maken op een vergoeding van totaal € 2.970,91. Onder declaratienummer 12720968 is echter een bedrag van € 2.952,14 uitgekeerd aan verzoekster. Zodoende is besloten een bedrag van € 18,77 na te betalen.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar benadrukt begrip te hebben voor de keuze van verzoekster voor de operatie in Duitsland. Het is betreurenswaardig dat bij verzoekster onduidelijkheid is ontstaan over de vergoeding van de behandeling. Voor de hierdoor ontstane overlast zijn excuses aangeboden. Voorts benadrukt de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake is geweest van onzorgvuldige behandeling van het dossier van verzoekster in de voorfase.

De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding af te wijken van de toegekende vergoeding op basis van de vastgestelde zorgproducten. Verzoekster heeft reeds een vergoeding toegekend gekregen die aanzienlijk hoger is dan waarop zij volgens haar naturapolis aanspraak heeft.

- 5.4. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende verklaard. Verzoekster heeft in 2014, voorafgaand aan de behandeling, met de ziektekostenverzekeraar contact gehad over (de hoogte van de vergoeding van) de geplande behandeling. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. In dat geval dient de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of een zogenoemd S2-formulier moet worden afgegeven. Achteraf moet worden vastgesteld dat de ziektekostenverzekeraar dit ten onrechte niet heeft gedaan. In die gevallen dient te worden overgegaan tot tarifiering, hetgeen inhoudt dat wordt nagegaan of de zorg onder het verzekeringspakket van de lidstaat van verblijf valt en zo ja, welke vergoeding op grond van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering zou zijn verleend. De verzekerde heeft recht op dit bedrag en - indien dit hoger is - aanvulling tot het tarief dat in Nederland zou zijn ontvangen. Gelet op voormelde juridische uitgangspunten heeft de ziektekostenverzekeraar



op 11 april 2016 alsnog de opdracht gegeven om te tarifieren. Hieruit blijkt of de zorg onder het verzekeringspakket van Duitsland valt en zo ja, welke vergoeding op grond van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering zou zijn verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster reeds geïnformeerd over het tarief dat een verzekerde in Nederland zou ontvangen. In dat kader wordt verwezen naar de adviezen van de adviserend geneeskundige met betrekking tot de toepasselijke DOT's en de daarmee samenhangende vergoedingen die - in het onderhavige geval - 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief betreffen. Uitsluitend wanneer de zorg onder het verzekeringspakket in Duitsland valt, en indien de vergoeding in Duitsland hoger ligt dan in Nederland, heeft verzoekster aanspraak op een aanvullende vergoeding.

5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft uit Duitsland bericht ontvangen inzake de tarifiering. Het totale bedrag dat op basis van tarifiering voor vergoeding in aanmerking komt is € 2.955,52. Aan verzoekster is inmiddels een bedrag van € 2.970,91 vergoed. Ten opzichte van de tarifiering is derhalve € 15,39 meer vergoed. De ziektekostenverzekeraar vordert dit bedrag niet terug van verzoekster. Aangezien naar aanleiding van het tarifieringsverzoek is gebleken dat op grond van de sociale ziektekostenverzekering in Duitsland een bedrag van € 2.970,91 zou zijn vergoed aan verzoekster, heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog aan zijn verplichtingen volgens de verordening voldaan.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en 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 althans tot een hoger bedrag van € 2.970,71 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering op pagina 6 tot en met 48.

8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

### **Welke zorg**

*U heeft recht op:*

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*
- *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*

- laboratoriumonderzoek,  
(...)

#### **Welke zorgaanbieder**

*U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met Menzis, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op [www.menzis.nl/](http://www.menzis.nl/) vergoedingen. (...) De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.  
(...)*

#### **Verwijzing en toestemming**

*U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapt. (...)*

- 8.4. In de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

***"Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.***

#### **Welke zorg**

*Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/ EERland of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:*

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

*(...)*

#### **Toestemming**

*Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.  
(...)"*

- 8.5. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel A1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.

8.7. 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.

8.8. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

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

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

8.9. Artikel 25 van Vo. nr. 987/2009 luidt, voor zover hier van belang:

*"Artikel 25*

***Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat***

*(...)*

*B) Procedure en regelingen voor de rechtstreekse betaling en/of vergoeding van verstrekkingen*

*4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.*

*5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.*

*Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.*

*(...)*

8.10. Artikel 26 van Vo. nr. 987/2009 bepaalt, voor zover hier van belang:

***"Geplande geneeskundige verzorging***

*(...)*

*B) Rechtstreekse betaling van de door de verzekerde gemaakte kosten in verband met verstrekkingen*

6. *Onverminderd lid 7, is artikel 25, leden 4 en 5, van de toepassingsverordening van overeenkomstige toepassing.  
(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Verzoekster is naar Duitsland, 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 behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van 27 juni 2014 en 22 september 2014 aan verzoekster medegedeeld dat de vergoeding van de (gehele) behandeling in Duitsland achteraf wordt beoordeeld. Voorts is haar in deze brieven medegedeeld dat behandelingen in het buitenland alleen worden vergoed als deze in Nederland ook worden vergoed, en dat de vergoeding nooit hoger is dan het bedrag dat in Nederland voor de betreffende behandeling bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt vergoed. Tevens is verzoekster gewezen op de vereiste voorafgaande verwijzing, de overige benodigde documenten en het feit dat drs. Wigt geen gecontracteerde zorgaanbieder is.

De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee naar het oordeel van de commissie niet adequaat gereageerd op het verzoek om toestemming van verzoekster voor de geplande rugoperatie in Duitsland. Door de ziektekostenverzekeraar is met name niet aangevoerd dat deze zorg of even doeltreffende zorg tijdig in Nederland dan wel buiten Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar was, zodat voor de weigering het benodigde S2-formulier af te geven, geen grond bestond.

De consequentie van het voorgaande is dat de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 26 lid 6 jo. artikel 25 lid 5 van Vo. nr. 987/2009 tot tarifiering dient over te gaan. Hiertoe heeft de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure reeds besloten. De tarifiering heeft geleid tot de uitkomst dat volgens het Duitse stelsel een bedrag van € 2.955,52 voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoekster heeft op dit bedrag aanspraak. Eventueel kan op grond van de zorgverzekering een aanvullende vergoeding tot maximaal het Nederlandse tarief worden verleend. Met betrekking hiertoe geldt het volgende.

9.2. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van een drietal DOT-zorgproducten, te weten:

- 131999237, met omschrijving "consult op de polikliniek bij klachten aan de wervelkolom", en bijbehorend tarief van € 142,42;
- 131999178, met omschrijving "beeldvorming (röntgen/echo/CT/MRI) bij klachten aan de wervelkolom", met een bijbehorend tarief van € 464,53;
- 131999264, met omschrijving "operatie aan de wervelkolom waaronder nekhernia bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel", met een bijbehorend tarief van € 2.363,96.

Het zorgproduct voor de rugoperatie 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. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat (de kliniek van) drs. Wigt niet door hem is gecontracteerd. Ingevolge de voorwaarden van de zorgverzekering worden in het geval dat gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, de kosten vergoed tot een maximumbedrag. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij verwezen naar de lijst met maximale vergoedingen.

Mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 27 oktober 2016 is de commissie van oordeel dat door de ziektekostenverzekeraar de correcte DOT-zorgproducten zijn toegepast. De stelling van verzoekster dat sprake is van een complexe operatie, waardoor andere DOT-zorgproducten van toepassing zijn, wordt dan ook niet gevolgd.

De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster per abuis de bij de betreffende zorgproductcodes behorende maximale vergoedingen verleend, zonder hierop de korting in mindering te brengen die van toepassing is bij een naturapolis zoals verzoekster heeft. Conform de 'Lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders' voor het

jaar 2014 van de ziektekostenverzekeraar zou verzoekster voor DBC zorgproducten 131999237, 131999178 en 131999264 aanspraak hebben op een vergoeding van totaal € 1.782,55, echter aan haar is een vergoeding verleend van totaal € 2.970,91. Deze vergoeding is te herleiden naar voornoemde lijst met maximale vergoedingen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard het teveel vergoede bedrag niet terug te vorderen, zodat de commissie dit punt verder laat rusten.

9.3. Het hiervoor genoemde bedrag van € 2.970,91 is hoger dan het bedrag dat op grond van de tarifiering voor vergoeding in aanmerking komt (€ 2.955,52), zodat een aanvullende vergoeding op grond van de zorgverzekering niet aan de orde is.

9.4. Verzoekster heeft nog een beroep gedaan op artikel 5 van de Europese patiëntenrichtlijn. Volgens haar heeft de ziektekostenverzekeraar niet voldaan aan zijn informatieplicht. Naar de commissie begrijpt, doelt verzoekster op richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van de Europese Unie van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg. De commissie tekent hierbij in de eerste plaats aan dat bedoelde richtlijn geen rechtstreekse werking heeft. Voorts stelt zij vast dat in eerdere bindende adviezen is bepaald dat ieder verzoek om toestemming van een verzekerde voor een behandeling in een andere EU-lidstaat moeten worden beschouwd als een verzoek om toestemming in de zin van Vo. nr. 883/2004. Onder 9.1 is vastgesteld dat de ziektekostenverzekeraar het verzoek om toestemming van verzoekster niet adequaat heeft behandeld, zodat tarifiering was aangewezen. Deze heeft alsnog plaatsgevonden waardoor de gemaakte fout is hersteld. De commissie merkt in dit verband nog het volgende op. Indien een verzekerde bij een zorgverzekeraar informeert naar de hoogte van de vergoeding voor een bepaalde behandeling, en hij hiertoe een compleet dossier aanlevert, dient de zorgverzekeraar een indicatie van de vergoeding op grond van de verzekeringsvoorwaarden te kunnen geven, onder het uitdrukkelijke voorbehoud dat de aangevraagde behandeling ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd.

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

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

#### **Conclusie**

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

9.7. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure is overgegaan tot tarifiering, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

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

Zeist, 18 januari 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester