



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektelkostenverzekeringen N.V.,
beide te Tilburg
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, ziekenhuisopname, toestemming, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201400479
Zittingsdatum : 3 december 2014



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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,
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 basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Uitgebreid en Comfort Verpleging afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een ziekenhuisopname, uitgevoerd te Bonheiden, België, ten bedrage van € 30.080,47 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat € 21.411,87 wordt vergoed. Bij e-mailbericht van 23 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker bericht dat de vergoeding € 21.161,75 bedraagt, en bij e-mailbericht van 26 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij recht heeft op een nabetaling van € 1.230,--.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt 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 14 juli 2014 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 29 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 oktober 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 7 oktober 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 november 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014130021) 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 voor de berekening van de hoogte van de vergoedingen gebruikte DBC's passend zijn. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 12 november 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 december 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 28 december 2014 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 januari 2015 aanvullende informatie gestuurd. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Bij brief van 16 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 19 maart 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken 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 is op 16 januari 2013 door de podotherapeut in de derde teen aan zijn rechtersvoet gesneden. Na enkele maanden werd deze teen steeds zwarter. Het Jeroen Bosch ziekenhuis ging niet over tot behandeling. De laatste afspraak aldaar vond plaats op vrijdag 10 mei 2013. In het hierop volgende weekend heeft verzoeker veel pijn gehad. Aangezien verzoeker positieve ervaringen heeft met de zorg in België, heeft hij op maandag 13 mei 2013 de secretaresse van zijn voormalig behandelend arts in België gebeld. Het bleek dat de arts op dat moment aanwezig was. Verzoeker heeft telefonisch met de arts gesproken en de arts stelde voor dat verzoeker direct naar België zou afreizen. Aangezien verzoeker nog een en ander moest regelen, is verzocht dit één dag uit te stellen. Op 13 mei 2013 heeft verzoeker, naar aanleiding van het voorstel van de Belgische arts, telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd of akkoord kon worden gegeven voor de behandeling in België. Hierop werd bevestigend geantwoord. Het voorgaande blijkt ook uit de afgegeven akkoordverklaring, gedateerd 14 mei 2013. Verzoeker is naar het Imelda ziekenhuis te Bonheiden gegaan. Aldaar is hij opgenomen geweest van 14 mei 2013 tot 2 juli 2013. Naast door de arts te zijn behandeld aan zijn voet (teen), is verzoeker ook behandeld door een oogarts, een chirurg (in verband met een vetbult op zijn hoofd), een endocrinoloog (in verband met diabetes) en een KNO-arts (in verband met een neusbloeding).

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar weigert over te gaan tot volledige vergoeding van de ziekenhuisopname. Een bedrag van € 7.438,60 is voor rekening van verzoeker gebleven. Het is onduidelijk hoe de ziektekostenverzekeraar tot de gedeeltelijke vergoeding is gekomen. Op de vraag van verzoeker om een specificatie werd niet gereageerd. Verzoeker stelt dat de kosten van een ziekenhuisbehandeling in België anders worden berekend dan in Nederland. In België worden voor het artsenhonorarium, de ligdagen en de verpleging aparte nota's opgesteld. Het bedrag van € 3.112,53 ziet op het artsenhonorarium. Het liggeld voor de klasse in het ziekenhuis bedraagt € 450,- per dag. De ziektekostenverzekeraar heeft slechts een vergoeding verleend voor 28 dagen. De ziekenhuisopname heeft echter 49 dagen geduurd. Verzoeker is van mening dat in Nederland meerdagen ook worden vergoed.
- 4.3. Verzoeker voert verder aan dat eerder door hem in België genoten zorg wél volledig werd vergoed, en dat hij een uitgebreide restitutiepolis heeft. Daarbij komt dat hij niet eens heeft gevraagd om een reiskostenvergoeding. Die zou uitkomen op ruim € 1.500,-.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft hij ter aanvulling aangevoerd dat een restitutieverzekering en een aanvullende ziektekostenverzekering zijn afgesloten. Verzoeker heeft vrije artskeuze. Voor de in België genoten zorg is € 30.080,47 betaald. De door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding bedraagt € 22.860,71. Dit is 24 percent minder. De regel is dat conform het Nederlandse marktconforme tarief wordt vergoed, echter 24 percent minder is onacceptabel. Tot slot heeft verzoeker gesteld dat op 13 mei 2013 door de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan hem is medegedeeld dat de ziekenhuisopname in België akkoord was. Het is teleurstellend dat de ziektekostenverzekeraar nooit een persoonlijk gesprek heeft willen aangaan.
- 4.5. 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 heeft alle ziekenhuizen in Nederland gecontracteerd. Ook enkele zelfstandige behandelcentra in Nederland en enkele ziekenhuizen in België en Duitsland zijn gecontracteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft geen contract met het Imelda ziekenhuis te Bonheiden waar verzoeker is behandeld. Bij een restitutiepolis zoals die door verzoeker is afgesloten, wordt zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vergoed tot maximaal (a) het wettelijke tarief, of (b) het marktconforme tarief. Het marktconforme tarief is het gemiddelde van de tarieven die de ziektekostenverzekeraar voor de zorg betaalt aan gecontracteerde zorgaanbieders. Tegenwoordig zijn er bijna geen wettelijke tarieven meer, maar moeten zorgverzekeraars over de tarieven onderhandelen met de ziekenhuizen. Het Nederlandse (wettelijke dan wel marktconforme) tarief is gekoppeld aan een zogenoemde DBC zorgproductcode (of prestatiecode) die hoort bij een specifieke combinatie van behandeling en indicatie. Er geldt per code één tarief voor het gehele zorgtraject, te rekenen vanaf het eerste consult tot en met de eventuele nacontroles, en dit tarief is inclusief verpleegligdagen, operatie, onderzoek en medicatie.
- 5.2. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 regelt dat een verzekerde kan kiezen voor een vergoeding conform de regelgeving en tarieven van de lidstaat waar de zorg wordt uitgevoerd. Hiervoor geldt dat voorafgaande toestemming moet worden gevraagd. De toestemming voor geplande zorg in een EU-lidstaat kan worden geweigerd als de benodigde medische zorg tijdig beschikbaar is in het woonland. Verzoeker is op 14 mei 2013 opgenomen in het Imelda ziekenhuis te Bonheiden. Op 15 mei 2013 heeft de operatie plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft eerst op 17 mei 2013 een aanvraag ontvangen, derhalve ná de opname en operatie. De medische gegevens van het ziekenhuis, nodig voor de beoordeling, heeft de ziektekostenverzekeraar ontvangen op 28 mei 2013. Op 3 juni 2013 is een brief verstuurd met de algemene uitleg dat conform de verzekeringsvoorwaarden van de restitutiepolis voor zorg in het buitenland een vergoeding

van 100% van het Nederlands tarief geldt. De ziektekostenverzekeraar stelt zich thans op het standpunt dat door verzoeker en het ziekenhuis geen voorafgaande toestemming is gevraagd en verkregen als bedoeld in artikel 20 Vo. nr. 883/2004.

Daarbij kon verzoeker tijdig in een ziekenhuis in Nederland terecht voor de benodigde zorg. Dat hij, onder meer vanwege een eerdere goede behandeling in het Belgische ziekenhuis en de snelle indicatiestelling na de lange afwachtende houding van het Jeroen Bosch ziekenhuis, koos voor het Imelda ziekenhuis, is weliswaar helder en invoelbaar maar maakt niet dat toch een vergoeding kan worden verleend op grond van het Europees recht. Dat het Jeroen Bosch ziekenhuis de operatie niet eerder voorstelde - en volgens verzoeker ook achter de operatie in het Imelda ziekenhuis stond - maakt dit niet anders. Kernpunt is dat de behandeling tijdig kon worden uitgevoerd in een Nederlands gecontracteerd ziekenhuis. De brief van 3 juni 2013 bevat derhalve juiste informatie. Aangezien een vergoeding conform artikel 20 Vo. nr. 883/2004 op basis van de Belgische regelgeving en tarieven niet mogelijk is, is de ziektekostenverzekeraar nagegaan wat de in de Nederlandse omstandigheden meest passende en financieel meest gunstige zorgproductcode is voor de uitgevoerde zorg.

- 5.3. Verzoeker is van 14 mei 2013 tot 2 juli 2013 opgenomen geweest in het Imelda ziekenhuis. Op 15 mei 2013 heeft een operatie plaatsgevonden. Hieraan zijn DBC-zorgproductcodes 099699013 met de omschrijving: *"meer dan 28 dagbehandelingen en/of ligdagen bij aderverkalking (atherosclerose/perifere slagadernauwing)"* en 990062008 met de omschrijving *"behandeling van vernauwingen in bloedvaten bij een operatieve ingreep door een radioloog"* gekoppeld. Bij deze behandelingen en zorgproductcodes is sprake van marktconforme tarieven. In mei 2013 bedroegen deze tarieven € 18.495,49 respectievelijk € 2.666,26. Verzoeker heeft derhalve recht op een vergoeding van € 21.161,75 ten laste van de zorgverzekering. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft gekeken of de toegepaste DBC-zorgproductcodes het meest passend zijn. Het enige logische alternatief voor DBC zorgproductcode 099699013 is 099699041 met de omschrijving: *"operatie (met verpleegligdagen bij aderverkalking (atherosclerose/ perifere slagadernauwing))"*. Het marktconforme tarief hiervoor was in 2013 echter lager, te weten € 12.145,40. De ziektekostenverzekeraar concludeert daarom dat de in dit geval hoogst mogelijke vergoeding aan verzoeker is verleend.
- 5.4. Volgens verzoeker is tevens een bult op zijn hoofd verwijderd. Hierover is echter geen medische informatie te vinden in het dossier. De ziektekostenverzekeraar stelt dat indien een bult is verwijderd in dezelfde zitting/operatie als het debridement, hier zonder meer geen extra vergoeding voor kan worden verleend. Als de bult echter is verwijderd in een aparte operatie, kan verzoeker het Imelda ziekenhuis vragen op schrift te stellen welke ingreep precies is uitgevoerd en bij welke medische indicatie. De ziektekostenverzekeraar zal alsdan beoordelen of een extra vergoeding voor het verwijderen van de bult kan worden verleend.
- 5.5. Uit het dossier blijkt verder dat verzoeker een KNO-arts en een oogarts heeft geconsulteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft hier aanvullende vergoedingen voor verleend van totaal € 158,84.
- 5.6. Bovenop de vergoeding ten laste van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op een aanvullende vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het gaat hierbij om de vergoeding van een zogenoemd "luxe-arrangement" (artikel D.13.4 sub b). De extra kosten moeten blijken uit de rekeningen. Deze vergoedingsmogelijkheid is geen aanvulling van € 150,-- per dag op de vergoeding volgens het Nederlandse tarief. De aanvullende vergoeding bedraagt € 1.480,12 en heeft betrekking op de posten van € 1.380,-- en € 100,12 op de ziekenhuisnota.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker een hogere vergoeding wenst voor de verleende zorg. Thans blijft ter zake van medisch noodzakelijke zorg immers nog een groot bedrag voor zijn rekening. Hoewel de ziektekostenverzekeraar er begrip voor heeft dat verzoeker de operatie zo snel mogelijk wilde laten uitvoeren, heeft hij een risico genomen door geen navraag te doen waar hij nog meer voor deze zorg terecht kon dan wel vooraf te vragen of, en zo ja, welk deel van de kosten van de operatie en opname zou worden vergoed.

5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een akkoordverklaring is afgegeven. De startdatum van de behandeling is 14 mei 2013, en de ingangsdatum van de akkoordverklaring is op die datum gezet. De akkoordverklaring is op 3 juni 2013 met terugwerkende kracht afgegeven. Op dat moment waren alle gegevens binnen. Op 13 mei 2013 staan twee contacten geregistreerd. De eerste is een gesprek met het ziekenhuis. In dit gesprek werd verzocht om een E112-formulier en hierop is medegedeeld dat eerst een akkoordverklaring moest worden gegeven. Als werd gestart met de behandeling zonder deze verklaring was dit op eigen risico. Het tweede is een gesprek met verzoeker. Bij de contactregistratie staat alleen dat is doorverbonden met de afdeling Buitenland. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de beoordeling op papier plaatsgevonden en was een persoonlijk onderhoud niet mogelijk.

5.9. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat, na beoordeling door de medisch adviseur, de verwijdering van de sebumcyste tijdens de ziekenhuisopname alsnog akkoord wordt bevonden.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. 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 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 B.1. tot en met B.23. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.2. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van medisch specialistische zorg met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“B.4.2.1. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op:

a. medisch specialistische behandeling;

b. opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);

c. verblijf, verpleging en verzorging;

d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;

e. laboratoriumonderzoek.

(...)

B.4.2.2. Voorwaarden

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

a. U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, jeugdarts of bedrijfsarts.
(...)

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Dat hangt ervan af naar welke zorgverlener u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg)."

8.4. Artikel A.20. van de zorgverzekering betreft de tarieven, en luidt, voor zover hier van belang:

"A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw nota volledig voor onze rekening nemen. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Het tarief dat we in een zorg- en/of internetovereenkomst met de zorgverlener hebben vastgelegd.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het zijn tarieven waarbij geen marge (speelruimte) is aangegeven. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd. Ze zijn dus nooit hoger dan de maximale aanspraken vanuit uw verzekering.

3. Marktconform tarief

Dit is het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is en in verhouding staat tot de prijs van soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners. We bedoelen een bedrag dat gelijk is aan het tarief dat wij voor die zorg hebben vastgelegd in zorg- en/of internetovereenkomsten met zorgverleners. Hebben wij meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan houden we het gemiddelde van die tarieven aan. Hebben wij voor die zorg geen tarieven afgesproken? Dan baseren we ons op prijzen die naar de Nederlandse marktomstandigheden en/of maatstaven gebruikelijk zijn. Op onze internetsite vindt u de "Lijst Marktconforme Tarieven" voor diverse zorgvormen.

4. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de nota staat.

A.20.2. Hoogte van de tarieven

(...)

b. Verlaagd tarief van het vaste of marktconforme tarief

(...)

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een zorgovereenkomst hebben gesloten? Dan verlagen wij de vergoeding. Wij vergoeden dan een bepaald percentage (deel) van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief, dan vergoeden wij dat percentage van het marktconforme tarief. Hoe hoog dat vergoedingspercentage is, kunt u vinden in de bijlage "Premies en Vergoedingstarieven".

(...)

Wij verlagen het tarief niet als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen zorgovereenkomst hebben. Wij vergoeden bij die verzekeringen het volledige tarief (100%), genoemd onder c.

c. Volledig tarief (100%) van het vaste of marktconforme tarief

Zorgverzekering Restitutie en aanvullende verzekeringen:

*Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan vergoeden wij voor de Zorgverzekering Restitutie en de aanvullende verzekeringen het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief, dan vergoeden wij het volledige (100%) marktconforme tarief.
(...)*

d. Gedeclareerd tarief

Alle soorten verzekeringen:

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En hebben wij voor de soort behandeling/zorg ook geen zorg- en/of internetovereenkomst gesloten met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen? Dan vergoeden wij het gedeclareerde tarief. Dit vergoeden wij tot maximaal het bedrag waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt. (...)"

- 8.5. Artikel B.2. van de zorgverzekering betreft zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- a. zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- b. (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.*

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

*Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. We hebben dan wel, om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, meer informatie nodig dan dat standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.
(...)*

Let op!

*In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
(...)"*

- 8.6. De artikelen A.20., B.2. en B.4.2. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereuleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. Artikel D.13. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van verblijf, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

D.13.4. Liggelduitkering / compensatie / bijkomende kosten bij ziekenhuisopname

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

a. Liggelduitkering.

Wij geven u een vast bedrag per dag als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

b. Luxe-arrangement / comfortpakket.

Wij vergoeden de kosten van een luxe arrangement of comfortpakket als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

(...)

c. Compensatie-uitkering.

Wij geven u een vast bedrag per dag voor de periode dat u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) en u geen gebruik maakt of geen gebruik kunt maken van een luxe-arrangement of comfortpakket van zoals beschreven in artikel D.13.4.1.b. Dit omdat bijvoorbeeld het ziekenhuis geen onderscheid in standaard of luxere verpleging kent of geen luxe pakket kent.

(...)

D.13.4.2. Waar hebt u recht op?

Volgens de beschrijving in artikel D.13.4.1. vergoeden wij:

a. Liggelduitkering;

b. Luxe arrangement;

c. Compensatie-uitkering;

d. Reiskosten van de partner.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

(...)

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat de opname medisch noodzakelijk is."

- 8.10. 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. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker is naar België, 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 Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoeker heeft gesteld dat hij voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar telefonisch om toestemming heeft gevraagd, en dat deze aan hem is verleend. De ziektekostenverzekeraar stelt zich daarentegen op het standpunt dat geen voorafgaande toestemming is gevraagd en verleend. Verzoeker heeft ter onderbouwing van zijn stelling een uitdraai van zijn persoonlijke website bij de ziektekostenverzekeraar overgelegd, waaruit blijkt dat een akkoordverklaring is verleend voor ziekenhuiszorg in België, meer specifiek het Imelda ziekenhuis te Bonheiden. De ingangsdatum van deze akkoordverklaring is 14 mei 2013. Naar het oordeel van de commissie heeft verzoeker hiermee voldoende aannemelijk gemaakt dat voorafgaand aan de behandeling toestemming is gevraagd en verleend. Dit leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 26 lid 6 Vo. nr. 987/2009 dient over te gaan tot tarifiering.
- 9.3. Afhankelijk van de uitkomst van de tarifiering kan aanspraak bestaan op aanvulling tot het Nederlands tarief. Dit is vanzelfsprekend alleen aan de orde indien het Nederlands tarief hoger is dan het tarief op basis van de Belgische sociale ziektekostenverzekering. In dit verband stelt de commissie vast, mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 6 november 2014, dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcodes en tarieven juist zijn. Het betreft hierbij bedragen van € 18.495,49, € 2.666,26 en € 158,84, totaal derhalve € 21.320,59.
- 9.4. Door de ziektekostenverzekeraar is na de zitting verklaard dat verzoeker aanspraak heeft op een - aanvullende - vergoeding in verband met het verwijderen van een bult op zijn hoofd (sebumcyste). Het is de commissie niet duidelijk hoeveel de vergoeding voor deze behandeling bedraagt, aangezien verdere informatie over deze ingreep in het dossier ontbreekt. Na vaststelling van het Nederlandse tarief en tarifiering zal de ziektekostenverzekeraar moeten bepalen of aanvulling tot het Nederlandse tarief aan de orde is, uitsluitend indien het Nederlandse tarief hoger is dan het tarief op basis van de Belgische sociale ziektekostenverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op een vergoeding voor liggelden en overige bijkomende kosten bij ziekenhuisopname ('luxe arrangement'). De extra - luxe - kosten moeten blijken uit de rekeningen. Op basis van artikel D.13.4. sub b van deze verzekering heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende vergoeding van € 1.480,12 verleend. Deze vergoeding ziet op de posten van € 1.380,- (eenpersoonskamer), € 71,12 (telefooneenheden) en € 29,- (persoonlijke kosten) die op de rekeningen zijn vermeld.

De commissie maakt uit de overgelegde rekeningen echter op dat nog andere extra - luxe - kosten bij verzoeker in rekening zijn gebracht door het ziekenhuis, te weten:

- € 60,--, eenpersoonskamer 01-07-2013 - 02-07-2013;
- € 1,12, telefooneenheden;
- € 375,--, huur kamer.

Het totaal van deze kostenposten bedraagt € 436,12. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot het verlenen van een aanvullende vergoeding ter hoogte van dit bedrag ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar (i) dient over te gaan tot tarifiering, en (ii) tot het verlenen van een vergoeding van € 436,12 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.7. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.6 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 8 april 2015,

prof. mr. A.I.M. van Mierlo