



ANONIEM TUSSENUITSPRAAK

Partijen : De heer A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen
Zaak : EU/EER, Spanje, geneeskundige zorg, operatie enkel, hoogte
vergoeding, passantentarieven
Zaaknummer : 201800739
Zittingsdatum : 12 december 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (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 ExtraVerzorgd 1 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).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 750 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een operatie aan de enkel, te ondergaan in Madrid, Spanje (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de kosten hiervan gedeeltelijk te vergoeden, namelijk tot een bedrag van € 3.296,62.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 februari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de vergoeding met ingang van het jaar 2018 € 3.559,42 bedraagt. Voor het overige handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de vergoeding te verhogen naar € 4.636,96.
- 3.4. Bij brief van 18 juli 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 4.636,96 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 15 oktober 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 oktober 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Bij brief van 17 oktober 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 23 oktober 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018052447) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat DBC-zorgproductcode 131999222 in dit geval meer passend is dan de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcode, die in principe is bedoeld voor knie-operaties. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 oktober 2018 aan partijen gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 december 2018 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 14 december 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de voorgedragen pleitnota's gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij die gelegenheid is het Zorginstituut gevraagd of de onderhavige behandeling in Nederland wordt uitgevoerd. Bij brief van 18 december 2018 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Met betrekking tot de gestelde vraag heeft het Zorginstituut opgemerkt niet over specifieke kennis te beschikken met betrekking tot de beschikbaarheid van de behandeling, zodat de vraag niet kan worden beantwoord. Een afschrift van dit advies is op 18 december 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De huisarts heeft op 15 december 2016 ten aanzien van verzoeker verklaard:
"(...) Op verzoek pt graag uw 3e mening ivm zijn langbestaande pijnklachten aan de rechter enkel, waarschijnlijk obv forse artrose van het bovenste spronggewricht. Conservatief beleid middels steunzolen, schoenadvies en brace. (...)".
- 4.2. Verzoeker heeft zich met een verwijzing van de huisarts gewend tot het 'Instituto Internacional de Chirurgia Ortopedica del Pie' (IICOP) in Madrid, Spanje. IICOP is een privékliniek die wereldwijd is gespecialiseerd in de behandeling van voet en enkel. De privékliniek is niet aangesloten bij het sociale ziektekostenstelsel van Spanje en accepteert daarom het S2-formulier niet.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar verleent een gedeeltelijke vergoeding aan de hand van DBC-zorgproductcode 131999222. Dit betreft een code waarin alleen de botten en spieren worden behandeld, maar niet de enkelbanden worden vervangen. Het vervangen van de enkelbanden - zoals dat in Spanje gebeurt - vormt echter juist een groot verschil met de traditionele operaties in Nederland. Een deel van de bovenbeenpees wordt gebruikt om de beschadigde ligamenten te vervangen. De behandelend arts schat in dat de minimale duur van de operatie zes uren zal zijn. Met de ingreep in Spanje kan verzoeker normaal blijven functioneren. Zijn enkel wordt niet vastgeschroefd met alle gevolgen van dien.

- 4.4. Na tussenkomst door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar gekozen voor een DBC-zorgproductcode die in de situatie van verzoeker passender is. Het bijbehorende tarief is echter niet marktconform. Verzoeker heeft zijns inziens bij de gegeven DBC-zorgproductcode aanspraak op een hogere vergoeding.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij zich – in verband met de klachten aan de enkel – tot drie medisch specialisten in Nederland heeft gewend. Deze hebben hem allen geadviseerd de enkel vast te schroeven. Dit zou echter het einde van de voetbalcarrière van verzoeker betekenen. Daarom heeft hij samen met de huisarts en fysiotherapeut gezocht naar alternatieven. Zij zijn toen uitgekomen op een alternatieve behandeling die werd aangeboden in Spanje, Duitsland en de VS. Verzoeker heeft in 2015 contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd of hij de behandeling in Spanje mocht ondergaan, dan wel hem mede te delen of de betreffende behandeling ook in Nederland werd uitgevoerd en zo ja, bij welk ziekenhuis. Dit laatste bleek echter niet het geval te zijn. Daarom heeft verzoeker zich uiteindelijk tot de arts in Spanje gewend en heeft hij daar de behandeling ondergaan. Van de kosten wordt echter maar een deel vergoed. Verzoeker is teleurgesteld en boos over de inhoud van de brief die hij op 15 oktober 2018 van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen. Plots beweert de ziektekostenverzekeraar namelijk dat de zorg toch in Nederland beschikbaar is. Dit had verzoeker graag geweten toen hij hierover contact opnam met de ziektekostenverzekeraar. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar een fout gemaakt. Per abuis is een deel van de interne mailwisseling ook aan verzoeker gestuurd. Hieruit blijkt dat bij de beoordeling van zijn aanvraag helemaal geen adviserend geneeskundige is geraadpleegd, terwijl dit door de ziektekostenverzekeraar wel als zodanig is gepresenteerd.
- 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 heeft verzoeker de toestemming zich tot de arts in Spanje te wenden op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 geweigerd, aangezien deze zorg op dat moment tijdig in Nederland beschikbaar was. Wel is besloten verzoeker op basis van de polis een gedeeltelijke vergoeding te verlenen. In eerste instantie heeft de ziektekostenverzekeraar gekozen voor het DBC-zorgproduct met code 131999222 met een bijbehorend tarief van € 3.559,42. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is de vergoeding vastgesteld op € 4.636,96, waarbij is uitgegaan van DBC-zorgproductcode 131999147. De definitieve vergoeding kan pas worden bepaald als alle nota's van verzoeker zijn ontvangen.
- 5.2. Verzoeker heeft een restitutiepolis, waarbij het hem vrij staat naar het buitenland te gaan om daar zorg te krijgen. Als aan alle vergoedingseisen is voldaan, bestaat aanspraak op een (gedeeltelijke) vergoeding. De vergoeding betreft een bedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten, zoals is bepaald in de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 2.2, tweede lid, sub b, Bzv. De begroting van de Spaanse arts gaat uit van een totaalbedrag van € 13.370,--. Het toegezegde bedrag van € 4.636,96 betreft het door de ziektekostenverzekeraar gemiddeld gecontracteerde tarief. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat dit tarief marktconform is en naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het hoogste passantentarieff, zoals door de commissie in eerdere bindende adviezen is genoemd, niet marktconform is. Het grote verschil in bedragen kan ontstaan doordat in Nederland een gemiddeld tarief per behandeltraject wordt berekend, terwijl in het buitenland vaak per verrichting moet worden betaald. Ook kan het zijn dat de kosten van behandeling van eventuele complicaties in het buitenland bovenop de behandelkosten komen, terwijl deze in Nederland zijn inbegrepen in de prijs. Tot slot is de IICOP-kliniek een privékliniek. Dit kan betekenen dat de kliniek de behandelkosten zelf bepaalt, waardoor deze hoger liggen dan elders.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald het niet eens te zijn met de eerdere bindende adviezen van de commissie aangaande de vergoeding op basis van de passantentarieven. Deze

tarieven mogen door de ziekenhuizen namelijk vrij worden bepaald. De ziektekostenverzekeraar heeft bij diverse ziekenhuizen nagevraagd of de passantentarieven worden berekend en zo ja, wanneer. Gebleken is dat de passantentarieven af en toe in rekening worden gebracht, maar alleen bij niet-verzekerden of patiënten met een buitenlandse zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hieruit volgt dat de passantentarieven op de Nederlandse markt niet worden gebruikt voor 'normaal' verzekerde personen. De passantentarieven zijn opgebouwd met risicomarges die in de verzekerde gevallen niet voor risico van het ziekenhuis komen. Deze tarieven kunnen daarom niet de maatstaf zijn voor het bepalen van hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. De ziektekostenverzekeraar is om die reden van mening dat het tarief dat aan verzoeker is toegezegd, het passende tarief is.

Reeds ten tijde van de aanvraag heeft een adviserend geneeskundige naar de aanvraag gekeken. Een administratief medewerker neemt hierover contact op met de geneeskundige. Mogelijk is de naam van de betreffende medewerker in het interne mailcontact vermeld, maar dit sluit niet uit dat wel degelijk informatie is ingewonnen bij een arts. Daarnaast heeft een tweede adviserend arts naar het dossier gekeken in het kader van de procedure bij de SKGZ. Deze heeft contact gelegd met een aantal orthopeden van wie zij heeft begrepen dat het technisch gezien ook mogelijk was de behandeling in Nederland te ondergaan. Vraag is dan echter nog of een medisch specialist een dergelijke behandeling ook zou adviseren, mede gelet op de richtlijnen binnen deze beroepsgroep. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat niet vast staat dat verzoeker de behandeling ook daadwerkelijk in Nederland had kunnen ondergaan. Wel bestond er de mogelijkheid dit te bespreken met een arts in Nederland.

5.4. 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 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 dan wel tot een hoger bedrag dan € 4.636,96 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 voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. De zorgverzekering regelt onder andere de aanspraak op medisch-specialistische zorg. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

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

- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. (...)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. (...)

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), arts in de jeugdgezondheidszorg of een arts verstandelijk gehandicapt. (...)

- 8.4. De zorgverzekering bepaalt onder andere wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op zorg in het buitenland. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend.

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. U kunt voor meer informatie bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. 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. In de voorwaarden van de zorgverzekering is verder bepaald:

"Restitutie

U heeft gekozen voor Menzis Basis Vrij. Dit is een verzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont, of daarbuiten en die een zorgverzekering moet sluiten. Menzis Basis Vrij is een restitutieverzekering. Restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen. Voor uw zorg vergoeden we het bedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven waarvoor u verzekerd bent."

- 8.6. De zorgverzekering is volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde

risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepólissen en naturapolissen bestaan er combinatiepólissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.2, tweede lid, Bzv bepaalt, 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."*

8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

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

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

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

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoeker heeft de wens geuit naar een andere EU-lidstaat, namelijk Spanje, te gaan 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.

Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft desgevraagd aangevoerd dat het hier verzekerde zorg betreft die op het moment van de aanvraag tijdig in Nederland beschikbaar was. Door verzoeker is evenwel gesteld dat hem - daarnaar gevraagd - nimmer is medegedeeld waar hij dan in Nederland terecht kon. De ziektekostenverzekeraar heeft bovendien ter zitting bevestigd dat niet vast staat dat verzoeker de behandeling ook daadwerkelijk in Nederland had kunnen ondergaan.

Omdat door de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk is gemaakt dat de zorg tijdig in Nederland beschikbaar was, had aan verzoeker een S2-formulier moeten worden afgegeven. Of de (privé)kliniek dit formulier al dan niet accepteert, is daarbij niet relevant. Dit vormt in het kader van de verordening althans geen reden toestemming te weigeren. Aangezien de toestemming zich te wenden tot de Spaanse zorgverlener verzoeker onterecht door de ziektekostenverzekeraar

is onthouden, en verzoeker de behandeling inmiddels voor eigen rekening heeft ondergaan, dient de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 25 van Vo. nr. 987/2009 over te gaan tot tarifiering in Spanje. Verzoeker heeft aanspraak op het tarief dat in Spanje ten laste van de sociale ziektekostenverzekering wordt vergoed. Voor zover dit tarief lager is dan het bedrag dat hij voor de ingreep heeft moeten betalen, heeft hij aanspraak op aanvulling van dit tarief tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme tarief. Met betrekking hiertoe geldt het volgende.

- 9.2. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-zorgproductcode 131999147 met als omschrijving: *"Oper overig knie/onderbeen (zeer) zwaar | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma (...) Operatie aan knie en/of onderbeen bij een ziekte van het botspierstelsel"*. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven voor de natura- en combinatiepolissen tot stand komen door middel van onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het gemiddeld gecontracteerde tarief voor dit DBC-zorgproduct € 4.636,96 bedraagt. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 23 oktober 2018 is DBC-zorgproductcode 131999222 echter meer passend. Deze code heeft als omschrijving: *"Oper enkel/voet zwaar | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma (...) Uitgebreide operatie enkel/voet bij een ziekte van botspierstelsel (...)"*. Ook deze code is afkomstig uit het B-segment. Gelet op de 'lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders' geldt voor natura- en combinatiepolissen voor deze DBC-zorgproductcode een tarief van € 2.426,88, zijnde 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Bij een vergoeding op basis van 100 procent van dit tarief wordt daarmee uitgekomen op een bedrag van € 3.235,84.
- 9.3. Voor zorg die bij wijze van restitutie wordt vergoed op grond van artikel 11, eerste lid, onder b, Zvw is de hoofdregel dat de zorgverzekeraar verplicht is de kosten die een verzekerde heeft gemaakt, volledig te vergoeden (artikel 2.2, eerste lid, Bzv). Zoals echter uit de Memorie van Toelichting bij de Zvw en de Nota van Toelichting bij het Bzv volgt, heeft de wetgever willen voorkomen dat een zorgverzekeraar te maken krijgt met onredelijk hoge zorgrekeningen. Voor zover sprake is van een zorgmarkt waarbij aan de tarieven een wettelijk maximum is gesteld op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), doet zich voor zorgverzekeraars in dit opzicht geen risico voor. Dit is anders in situaties waarin geen sprake is van tariefregulering. Het is dan denkbaar dat een zorgverzekeraar te maken krijgt met zorgrekeningen die in geen enkel opzicht conform de geldende marktsituatie zijn. Daarvan is sprake als het door een zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag niet in verhouding staat tot het door de overige zorgaanbieders voor soortgelijke activiteiten in rekening gebrachte tarief (Memorie van Toelichting, *Kamerstukken II 2003/04*, 29 763, p. 33; Nota van Toelichting, *Stb. 2005*, 389, p. 37).
- 9.4. Teneinde de vergoeding van 'excessieve' prijzen te verhinderen is artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv tot stand gekomen. Bij het bepalen van de vergoeding voor zorg die bij wijze van restitutie wordt verleend zoals voorzien in artikel 11, eerste lid, onder b, Zvw worden op de vergoeding in mindering gebracht *"de kosten die hoger zijn dan in d Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten."* Het is aan de zorgverzekeraar aan te tonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is. Of hiervan sprake is, zal van geval tot geval moeten worden beoordeeld. Voor zover de zorgverzekeraar er niet in slaagt aan te tonen dat in het concrete geval een in rekening gebracht bedrag hoger is dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten, is deze gehouden de werkelijke kosten te vergoeden.
- 9.5. In de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (TH/BR-025) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vermeld *"dat een zorgverzekeraar niet een zelfstandig bepaald prijsniveau mag hanteren, waarboven hij alle 'excessieve' kosten afwijst. Dat sluit immers niet aan bij de vorenstaande uitleg, die impliceert dat zorgverzekeraars kijken naar de prijzen die de zorgaanbieders in de markt hanteren. Hieruit volgt ook dat het dus bijvoorbeeld niet de bedoeling is dat de zorgverzekeraar een redelijk of gemiddeld bedrag als vast vergoedingsbedrag in de modelovereenkomst vastlegt. Daarmee wordt immers onvoldoende aangesloten bij de prijzen die in*

de markt worden gehanteerd, doordat onder meer met prijsstijgingen en prijsdalingen geen rekening wordt gehouden. Ook wordt dan niet beoordeeld of de voor vergoeding ingediende rekening in het individuele geval onredelijk hoog is."

Voorts wordt in de toelichting op artikel 28 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) van de NZa vermeld: "*De term marktconform tarief mag dus niet meer als synoniem gebruikt worden voor het 'gemiddeld gecontracteerd tarief' of andere varianten hiervan die vaak door verzekeraars gebruikt worden als uitgangspunt om bij natura- en combinatiepolissen de vergoedingsbeperking te berekenen voor niet-gecontracteerde zorg*".

Voor de toepassing van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv sluit de commissie zich bij de hiervoor aangehaalde passages aan. Hieruit volgt dat het gemiddeld gecontracteerde tarief niet als uitgangspunt voor de bepaling van de hoogte van de vergoeding mag worden gehanteerd.

9.6. De commissie heeft eerder geoordeeld (vgl. GcZ 24 januari 2018, 201700592) dat het hoogste passantentarief nog passend is binnen het wettelijk kader en daarmee als marktconform is te beschouwen. De ziektekostenverzekeraar heeft betoogd dat deze tarieven doorgaans worden gehanteerd voor niet-verzekerden en verzekerden met een buitenlandse verzekering. Er is sprake van een opslag vanwege het debiteurenrisico, een risico waarmee bij "normaal" verzekerden geen rekening hoeft te worden gehouden. Om die reden kan het passantentarief niet als uitgangspunt worden genomen bij de beoordeling van de hoogte van de vergoeding, aldus de ziektekostenverzekeraar. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar volgen in zijn conclusie en oordeelt, in afwijking van eerdere bindende adviezen, dat niet zonder meer kan worden uitgegaan van het hoogste passantentarief als marktconform tarief.

9.7. Partijen hebben in deze procedure nog geen rekening kunnen houden met de zienswijze van de commissie zoals deze onder 9.3 tot en met 9.6 is verwoord. Daarom zal de commissie partijen in de gelegenheid stellen hun stellingen naar aanleiding van die overwegingen aan te passen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een enkeloperatie, zodat - indien aan de orde - op basis van die verzekering geen hogere vergoeding mogelijk is.

10. Tussenuitspraak

10.1. De commissie beslist dat de zorgverzekeraar zijn stellingen binnen vier weken na dagtekening van deze tussenuitspraak kan aanpassen naar aanleiding van rechtsoverwegingen 9.3 tot en met 9.6, waarna verzoeker hierop eveneens binnen een termijn van vier weken kan reageren.

10.2. De commissie houdt iedere verdere beslissing aan.

Zeist, 20 februari 2019,

G.R. de Groot