



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, operatie linkerknie in verband met gescheurde meniscus, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201401849

Zittingsdatum : 29 april 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(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)

---

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (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 Beter Af Plus Polis drie sterren en de Beter Af No Claim Tandarts Polis afgesloten (hierna gezamenlijk: 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 knieoperatie, uitgevoerd te Antwerpen, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 mei 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen, omdat de originele nota niet was ontvangen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoeker heeft de kwestie voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 6 augustus 2014 verzocht de originele nota toe te zenden. Na ontvangst heeft de Ombudsman de nota op 15 augustus 2014 doorgestuurd aan de ziektekostenverzekeraar, met de vraag of deze in aanmerking komt voor vergoeding. Bij brief van 22 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de nota gedeeltelijk wordt vergoed, namelijk tot een bedrag van maximaal € 1.532,13. De Ombudsman heeft de reactie van de ziektekostenverzekeraar bij brief van 2 september 2014 aan verzoeker gezonden, en bij die gelegenheid medegedeeld geen ruimte te zien voor verdere bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 7 november 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag 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 5 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 februari 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 februari 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 april 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 17 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 3 maart 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015021199) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-zorgproductcode is gehanteerd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 april 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 4 mei 2015 heeft de commissie de aantekeningen van de hoorzitting aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoeker heeft bij brief met dagtekening 4 mei 2015, door de commissie ontvangen op 11 mei 2015, gereageerd op de aantekeningen van de hoorzitting. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.12. Bij brief van 27 mei 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 aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 2 juni 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. De huisarts heeft op 18 februari 2014 ten aanzien van verzoeker verklaard: "*Op wintersport knieklachten. MRI laten maken en blijkt een gescheurde binnenmeniscus li knie te zijn. Wil operatie in België laten doen. Acuat letsel meniscus/kniebanden (...)*".
- 4.2. Op 24 februari 2014 heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid heeft hij medegedeeld graag naar Antwerpen, België te gaan voor de operatie, omdat aldaar de kwaliteit van de zorg hoger is dan in Nederlandse ziekenhuizen. Het antwoord van de medewerker van de ziektekostenverzekeraar was dat het AZ Monica ziekenhuis te

Antwerpen niet was gecontracteerd, en dat verzoeker een eigen bijdrage verschuldigd zou zijn. De medewerker noemde als alternatief de Sint Maartenskliniek in Nederland.

Dezelfde dag nam verzoeker telefonisch contact op met de Sint Maartenskliniek voor informatie. Twee dagen later sprak hij met het AZ Monica ziekenhuis. Omdat hij in het Belgische ziekenhuis meer vertrouwen had, heeft hij gekozen voor een operatie aldaar.

4.3. De operatie in het Belgische ziekenhuis is niet volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar zou het afgesproken tarief bij het DBC zorgproduct 131999199 € 1.532,13 bedragen. Navraag bij de Sint Maartenskliniek leerde echter dat het afgesproken tarief aldaar ongeveer € 3.000,- bedraagt. De hoogte van de vergoeding door de ziektekostenverzekeraar is daarom niet goed te plaatsen.

4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij, in zijn pogingen de knie te ontlasten, een hernia heeft opgelopen. Behalve om een vergoeding van de knieoperatie, gaat het hem ook om de gemaakte reis- en verblijfkosten van zijn begeleiders. Het advies van het Zorginstituut is niet compleet, aangezien de aanvullende ziektekostenverzekering hierin niet wordt besproken. Tot voor kort wist verzoeker niet dat hij een naturapolis heeft. Hij heeft onderzoek gedaan naar de mogelijkheid van behandeling in Nederland, en is toen uitgekomen bij de St. Maartenskliniek. De wachttijd aldaar zou drie weken zijn, maar dit bleken in de praktijk meerdere maanden te zijn. Het ziekenhuis in België was een goede keuze, ook voor de herniaoperatie.

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. Het AZ Monica ziekenhuis in Antwerpen is niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Verzoeker heeft daarom aanspraak op maximaal 80 percent van het Nederlandse tarief. De hoogte van de vergoeding is bepaald aan de hand van DBC zorgproduct 131999199. Deze code is afkomstig uit het B-segment, en het gecontracteerde tarief bedraagt € 1.532,13. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding.

5.2. In de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde ziekenhuizen in de provincie waar verzoeker woonachtig is, was de wachttijd voor een afspraak met een orthopedisch chirurg één tot drie weken. Dit is verzoeker medegedeeld toen hij op 24 februari 2014 telefonisch contact opnam met de afdeling Zorgbemiddeling. Tijdens het gesprek bleek al snel dat het ziekenhuis waar verzoeker behandeld wilde worden, niet was gecontracteerd. Volgens het gespreksverslag deelde verzoeker daarop mede dat hij toch naar dat ziekenhuis ging, en de rekening zou opsturen. Duidelijk is derhalve dat verzoeker niet openstond voor behandeling in andere, gecontracteerde ziekenhuizen, zodat zorgbemiddeling niet aan de orde was.

5.3. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat de operatie in België goedkoper zou zijn dan in Nederland. In België wordt per verrichting gedeclareerd en in Nederland door middel van één tarief. Bepaalde behandelingen zullen hierdoor goedkoper kunnen zijn, maar dit geldt niet voor de onderhavige ingreep. Gelet op de hoogte van het notabedrag en de verleende vergoeding, was de ingreep in Nederland goedkoper geweest.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat er op 24 februari 2014 contact is geweest. Omdat er geen overeenkomst was met de instelling die de voorkeur had van verzoeker, is hij doorverwezen naar de afdeling Zorgbemiddeling. Op 11 maart 2014 werd de verwijfsbrief ontvangen. Er is toen gekeken of een consult kon worden vergoed. Hier is op 19 maart 2014 een brief over verzonden. Hierin werd een vergoeding van € 139,35 toegezegd. Achteraf was dit onterecht, aangezien het consult al op 10 en 11 maart 2014 had plaatsgevonden en de werkelijke kosten lager waren. Er was geen reden uit te wijken naar België, aangezien de behandeling binnen één tot drie weken in Nederland had kunnen plaatsvinden.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 24 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg (poliklinisch) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Ondergaat u een medisch-specialistische poliklinische behandeling? Dan heeft u aanspraak op:  
a medisch-specialistische zorg;  
b paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.*

*Als opname medisch noodzakelijk is, dan heeft u aanspraak op deze zorg op basis van de artikelen 31 en 32 van de “Aanspraken Beter Af Natura Polis”.*

*De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)*”

8.4. Artikel 15 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*“Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat?*

*Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:*

*a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;*

*b zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;*

*c Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens de ‘Aanspraken Beter Af Natura Polis’ tot maximaal:*

*- de lagere vergoeding als deze bij een aanspraak in de Beter Af Natura Polis wordt genoemd;*

*- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);*

- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

*De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent. (...)*"

- 8.5. De artikelen 15 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 24 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 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.  
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- "1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
- 2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"*
9. Beoordeling van het geschil

### Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, 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.
- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft voldoende aannemelijk gemaakt, en tijdig aan verzoeker medegedeeld, dat het hier verzekerde zorg betreft die tijdig in Nederland dan wel buiten Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar was. Om die reden was de ziektekostenverzekeraar niet gehouden een S2-formulier af te geven. Daarom dient te worden getoetst aan artikel 15 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

9.3. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een gedeeltelijke vergoeding, kan de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoeker hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had, onbeantwoord blijven. Rest de vraag naar de hoogte van de verleende vergoeding.

9.4. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van het DBC-zorgproduct 131999199 met als omschrijving: "*Oper knie zwaar / Botspierstelsel ziekte/ laat gev trauma (...) Knieoperatie bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel (...)*". Het betreft een zorgproduct uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Volgens het document 'Vergoeding bij niet gecontracteerde zorgverleners Medisch Specialistische Zorg 2014' van de ziektekostenverzekeraar, bedroeg het tarief voor het kostendeel in 2014 € 1.379,31, en het tarief voor het honorariumdeel € 152,82. Opgeteld komt de vergoeding daarmee uit op € 1.532,13. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering. Het door verzoeker genoemde tarief van de Sint Maartenskliniek brengt hierin geen verandering. Genoemde kliniek is door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd, zodat de totale vergoeding - waarbij wordt uitgegaan van 100 procent - hoger kan zijn dan bij een niet-gecontracteerd ziekenhuis. Bovendien kan het genoemde bedrag ook een passantentariaf betreffen. Zulks is niet verifieerbaar, en overigens niet aan de orde, aangezien in de onderhavige situatie noch het gecontracteerde tarief noch het passantentariaf bepalend is voor de hoogte van de vergoeding, maar het in Nederland geldende marktconforme bedrag; zo bepaalt artikel 15 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Hiervoor is overwogen dat het in Nederland geldende marktconforme bedrag € 1.532,13 is.

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

9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

#### **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 juni 2015,

A.I.M. van Mierlo