



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : EU/EER, België, medisch-specialistische zorg, heupoperatie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201500633
Zittingsdatum : 23 maart 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, 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)

1. Partijen

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

tegen

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top 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).

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 heupoperatie, te ondergaan in de Nederlandse Heupkliniek te Sint-Martens-Latem (België), ten bedrage van € 9.463,70 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk kan worden ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 7.800,95.

3.2. Nadat de behandeling was uitgevoerd, heeft verzoeker de betreffende nota gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, waarna deze is overgegaan tot uitkering van het onder 3.1 genoemde bedrag van € 7.800,95. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 brieven van 13 oktober 2015 en 10 november 2015 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 11 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 januari 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 januari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 maart 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 januari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 28 januari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016007918) 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 gebruikte DBC 131999052 (declaratiecode 15B034) passend is. Verzoeker heeft aanspraak op het bij deze DBC behorende tarief. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 29 februari 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 maart 2016 telefonisch 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 20 april 2016 desgevraagd aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 mei 2016 gereageerd op de onder 3.10 genoemde informatie. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.12. Bij brief van 4 mei 2016 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 10 mei 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en 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 heeft in België een totale heupartroplastiek ondergaan. In Nederland zijn er lange wachttijden voor deze operatie via de directe, anterieure benadering. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de operatie om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 februari 2014 toestemming verleend. Bij deze toestemming is evenwel opgenomen dat de vergoeding maximaal € 7.800,95 bedraagt. Verzoeker is van oordeel dat deze beperking van het bedrag dat maximaal zal worden uitgekeerd, juridisch niet houdbaar is.
- 4.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een restitutiepolis afgesloten, die hem recht geeft op vrije artskeuze. Artikel 11 Zvw bepaalt dat een 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 onder andere "vergoeding van de kosten van deze zorg". De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) is op grond van artikel 16 sub b Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars - waaronder de ziektekostenverzekeraar - van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld. In dit verband publiceert de NZa jaarlijks een Toetsingskader beoordeling modelovereenkomsten. Ten aanzien van artikel 11 Zvw, waarin is opgenomen dat een verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg, is de NZa van oordeel dat een verzekerde met een restitutiepolis recht heeft op volledige vergoeding van de

kosten die hij heeft gemaakt voor de zorg die hij heeft ontvangen. Dit is slechts anders als dit bedrag onredelijk hoog is. Daarnaast volgt uit het toetsingskader dat het aan de ziektekostenverzekeraar is om aan te tonen dat de individueel ingediende rekening onredelijk hoog is. Ook uit het document 'Standpunten 2015 Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen' van de NZa volgt dat als uitgangspunt geldt dat de volledige nota wordt vergoed, tenzij een zorgverzekeraar aantoont dat het bedrag op de nota onredelijk hoog is. Het is expliciet niet de bedoeling om een redelijk of gemiddeld bedrag als vast vergoedingsbedrag in de modelovereenkomst vast te leggen.

Met andere woorden: de ziektekostenverzekeraar dient de volledige nota te vergoeden, tenzij door hem kan worden aangetoond dat het gedeclareerde bedrag onredelijk hoog is. Het enkele feit dat het bedrag dat in de brief van 18 februari 2014 is genoemd marktconform zou zijn, is onvoldoende om dit, zoals de NZa eist, aan te tonen.

- 4.3. In artikel 2.2 Bzv is bepaald dat de vergoeding waarnaar in artikel 11 Zvw wordt verwezen, de kosten omvat die de verzekerde heeft gemaakt voor de zorg zoals die naar inhoud en omvang is omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bzv. Bij een restitutiepolis geldt zodoende als uitgangspunt dat de volledige kosten van behandelingen worden vergoed, voor zover deze binnen het verzekerde pakket vallen. Hierop mogen slechts in mindering worden gebracht eventuele eigen bijdragen en de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.
- Verzoeker stelt dat de kosten die hij heeft gemaakt voor de behandeling niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten, waardoor de ziektekostenverzekeraar geen korting had mogen toepassen. Dat wel een korting is toegepast is evident in strijd met de artikelen 11 Zvw en 2.2 Bzv.
- 4.4. Voor de behandeling die verzoeker heeft ondergaan is door de NZa geen tarief vastgesteld, zodat aansluiting dient te worden gezocht bij het tarief voor een vergelijkbare behandeling. Dit betreft de traditionele totale heupartroplastiek, oftewel het plaatsen van een heupprothese. Ook de ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 15 juli 2015 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen aansluiting gezocht bij deze operatie. Overigens is deze ingreep eenvoudiger dan de operatie die verzoeker heeft ondergaan. De behandeling van verzoeker bestond uit een preoperatief consult, inclusief lichamelijk onderzoek, op de polikliniek (en een preoperatieve informatiemiddag), meer dan twee onderzoeken (twee maal een radiologisch onderzoek, een laboratoriumonderzoek en een cardiologisch onderzoek), een postoperatief consult, inclusief lichamelijk onderzoek, en een heupoperatie met verpleegligdagen, waarbij de heupprothese werd geïmplant. De kosten belopen totaal € 9.725,--.
- Het plaatsen van een heupprothese (declaratiecode 15B034) viel in 2014 in Nederland in het zogenoemde B-segment. Hiervoor golden geen vaste prijzen. Aan de hand van de verschillende prijzen die destijds voor deze ingreep in Nederland in rekening werden gebracht, kan worden vastgesteld dat de kosten van de ingreep in België niet hoger zijn dan in redelijkheid passend is te achten in de Nederlandse marktomstandigheden.
- 4.5. Sinds de invoering van het DBC-systeem worden de registratie- en declaratiegegevens van alle Nederlandse ziekenhuizen en andere zorgaanbieders in het DIS (DBC Informatie Systeem) verzameld. Op basis van deze gegevens heeft DBC-Onderhoud gemiddelde prijzen berekend voor DBC-zorgproducten die worden gedeclareerd bij veel voorkomende aandoeningen. Daarin zijn onder andere prijzen opgenomen voor de behandeling van artrose van de heup.
- 4.6. Verschillende Nederlandse zorgaanbieders die een heupoperatie uitvoeren, hebben passantentarieven op hun website gepubliceerd, behorende bij declaratiecode 15B034. Dit zijn tarieven die bijvoorbeeld aan patiënten met een zuivere restitutiepolis in rekening worden gebracht. Uit een onderzoek van het NRC Handelsblad van december 2013 blijkt dat zorgaanbieders voor een totale heupartroplastiek gemiddeld circa € 10.000,-- in rekening brengen. Dit wordt ondersteund door een publicatie in de Stentor, waarin wordt opgemerkt dat het totale kostendeel voor heupoperaties tussen de € 9.500,-- en € 11.500,-- ligt. Dit bedrag is exclusief het honorariumdeel voor de behandelend specialist.

Tot slot blijkt uit het feit dat de ziektekostenverzekeraar in de jaren 2012 en 2013 het volledige bedrag heeft vergoed aan andere verzekerden, dat ook hij van oordeel is dat de door verzoeker gemaakte kosten niet uitkomen boven het bedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten dan wel dat deze onredelijk hoog zijn.

4.7. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat het advies van het Zorginstituut niet ziet op een onderdeel dat in geschil is, zodat hieraan niets is toe te voegen. Voorts heeft verzoeker een tweetal punten uitgelicht. Ten eerste het marktconforme tarief. Bekend is dat de ziektekostenverzekeraar in twee andere gevallen wel een volledige vergoeding heeft verleend. Kennelijk vond men het in rekening gebrachte bedrag in die gevallen wel marktconform. Verzoeker beschikt over brieven van de ziektekostenverzekeraar uit 2012, 2013 en 2015 waaruit de verleende, volledige vergoeding blijkt. Ten tweede is er de toetsing aan de hans van de Verordening. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat het verlenen van voorafgaande toestemming niet zinvol is, omdat de Nederlandse Heupkliniek niet is aangesloten bij de Belgische mutualiteit. Hier heeft echter te gelden dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft voldaan aan zijn zorgplicht, omdat de zorg niet tijdig in Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar was. De ziektekostenverzekeraar pleegt hiermee wanprestatie. Tot slot heeft verzoeker herhaald dat bij een restitutiepolis artikel 2.2 Bzv geldt, waaruit volgt dat volledige vergoeding dient plaats te vinden, tenzij de kosten onredelijk hoog zijn. Dat laatste is hier niet het geval. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat een vrije keuze voor een zorgverlener. Echter, als men dan kiest, wordt men met kosten geconfronteerd.

4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op 4 maart 2014 heeft verzoeker de vordering door middel van een 'akte van verpanding' gecedeerd aan de zorgaanbieder, de Nederlandse Heupkliniek. De vordering wordt nader omschreven als 'vordering genoemd onder punt 2 van het declaratieformulier', oftewel de vordering betreft een bedrag van € 9.463,70. De vordering is door middel van retrocessie op 27 augustus 2014 door de Nederlandse Heupkliniek overgedragen aan verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft echter op 18 maart 2014 een bedrag van € 7.800,95 overgemaakt naar de rekening van verzoeker. In de akte van verpanding is een clause opgenomen waarin is bepaald dat, indien de zorgverzekeraar met voorbijgaan aan de overdracht van de vordering niettemin deze vordering aan verzekerde betaalt, verzekerde deze betaling onverwijld doorstort aan de Nederlandse Heupkliniek. De ziektekostenverzekeraar meent dan ook dat de retrocessie geen werking (meer) heeft, omdat de vordering, die was gecedeerd door verzoeker aan de Nederlandse Heupkliniek, grotendeels is voldaan. Dit heeft tot gevolg dat de cessie van 4 maart 2014 nog steeds van kracht is, zodat verzoeker niet ontvankelijk is in zijn verzoek. De Nederlandse Heupkliniek heeft immers de vordering van verzoeker overgenomen.

5.2. De ziektekostenverzekeraar is een restitutieverzekeraar. Dit betekent dat een verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg, en dat hij vrij is in de keuze voor een zorgverlener. Indien een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, betekent dit niet automatisch dat de nota volledig wordt vergoed.

Een verzekerde heeft de mogelijkheid om een behandeling in het buitenland te ondergaan. Wanneer de behandeling bestaat uit zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland, is sprake van medisch noodzakelijke zorg. De kosten van medisch noodzakelijke zorg die in Nederland onder het basispakket vallen, worden in dat geval volledig vergoed ten laste van de zorgverzekering. Indien de zorg in het buitenland niet medisch noodzakelijk is, geldt een andere regeling. In het algemeen betreft het geen medisch noodzakelijke zorg als sprake is van een reeds in Nederland bestaande aandoening. Voor medisch niet noodzakelijke zorg, dient een verzekerde vooraf toestemming te vragen, behalve wanneer een contract is gesloten met de zorgaanbieder waar de behandeling zal worden ondergaan. Wanneer geen contract is gesloten met de buitenlandse zorgaanbieder wordt maximaal het Nederlandse wettelijke tarief of het marktconforme tarief voor de behandeling van de betreffende aandoening vergoed, indien deze behandeling in Nederland onder het basispakket valt. Dit houdt in dat een verzekerde minder

vergoed kan krijgen dan de kosten die zijn gemaakt in het buitenland. Voornoemde voorwaarden en de hoogte van de vergoeding zijn geregeld in artikel 15 lid 3 van de zorgverzekering.

- 5.3. Omdat geen contract is gesloten met de Nederlandse Heupkliniek, heeft verzoeker vooraf om toestemming gevraagd voor de behandeling aldaar. Op 12 februari 2014 is de aanvraag voor de heupoperatie ontvangen, en op 18 februari 2014 is hiervoor toestemming gegeven. In de brief van 18 februari 2014 is duidelijk vermeld dat verzoeker recht heeft op een maximale vergoeding van € 7.800,95, zijnde het maximale marktconforme tarief voor een heupoperatie (prestatiecode 15B034).
De behandeling die verzoeker heeft ondergaan, valt in het onderhandelbare segment van de medisch specialistische zorg. Er is dus geen sprake van een wettelijk tarief. Het tarief komt tot stand door onderhandelingen tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Aangezien geen contract is gesloten met de Nederlandse Heupkliniek, en ook geen sprake is van een wettelijk maximumtarief, is de maximale marktconforme vergoeding verleend. De ziektekostenverzekeraar is hierover transparant; op zijn website is een overzicht te vinden van alle behandelingen met de bijbehorende tarieven.
De reden dat toestemming is verleend, is dat verzoeker een restitutiepolis heeft en derhalve vrij is in de keuze voor een zorgaanbieder. Dit betekent, als gezegd, echter niet dat verzoeker automatisch de nota volledig vergoed krijgt indien hij zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- 5.4. In het geval van verzoeker was niet aan de orde of hij de zorg niet of niet tijdig bij een Nederlandse zorgaanbieder kon krijgen. Verzoeker had binnen zes weken de door hem gewenste heupoperatie kunnen ondergaan in Nederland, en dit valt binnen de zogenoemde Treeknormen. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 is daarom niet van toepassing.
De ziektekostenverzekeraar heeft geen S2-formulier afgegeven, omdat de Nederlandse Heupkliniek niet is aangesloten bij het uitvoeringsorgaan van de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Hierdoor is naar Belgisch recht geen sprake van verzekerde zorg, zodat artikel 26 lid 6 juncto artikel 25 lid 5 Vo. nr. 987/2009 buiten toepassing blijven en geen tarifiering hoeft plaats te vinden.
- 5.5. De aanspraak op vergoeding dient in casu gebaseerd te zijn op de Europese Patiëntenrichtlijn. Het uitgangspunt van deze richtlijn is dat Europese onderdanen recht hebben op medische zorg in een andere lidstaat en op vergoeding van de kosten als het zorg betreft die tot het verzekerde pakket behoort. Hierbij is de vergoeding maximaal het bedrag dat de patiënt in eigen land vergoed zou hebben gekregen voor deze zorg.
In het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (Beleidsregel TH/BR-018) wordt door de NZa bepaald dat indien een zorgverzekeraar in zijn restitutiepolis met gecontracteerde zorg toepassing heeft gegeven aan artikel 13 Zvw, en de verzekerde ervoor kiest naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, voor die zorg een korting mag worden toegepast op de vergoeding. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor iedere verzekerde die in eenzelfde situatie eenzelfde vorm van zorg of dienst behoeft, gelijk. Daarbij dient de hoogte van de vergoeding voorafgaand aan de behandeling in absolute bedragen voor de verzekerde eenvoudig te achterhalen zijn.
In artikel 10 lid 2 van de zorgverzekering is opgenomen dat *"Als u in Nederland woont, heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgverlener buiten Nederland. Als u zich wendt tot een niet door ons gecontracteerde zorgverlener buiten Nederland, dan krijgt u maximaal dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15."* De hoogte van de vergoeding wordt geregeld in artikel 15 lid 3 van de zorgverzekering (2014). Hierin staat vermeld: *"Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Voor al onze marktconforme vergoedingen zie www.dsw.nl."*
De ziektekostenverzekeraar heeft de door hem gehanteerde marktconforme tarieven in geval van niet-gecontracteerde zorg zelf vastgesteld. De hoogte van het marktconforme tarief is gerelateerd aan het tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar contracteert bij vergelijkbare zorgaanbieders in Nederland voor deze behandeling. De reden hiervoor is dat de ziektekostenverzekeraar

zorgaanbieders waarmee geen overeenkomst is gesloten, geen hogere vergoeding wil bieden dan zorgaanbieders waarmee wel een overeenkomst is gesloten. De ziektekostenverzekeraar is op zijn website transparant over de gehanteerde marktconforme tarieven. Op de website van de ziektekostenverzekeraar is een overzicht te vinden van alle behandelingen met bijbehorende marktconforme vergoedingen. Verzoeker heeft een document overgelegd waarin de gemiddelde gecontracteerde tarieven van behandelingen van veel voorkomende aandoeningen staan vermeld. De stelling van verzoeker dat de gemiddelde gecontracteerde prijs voor de onderhavige behandeling minimaal € 9.725,-- bedraagt en dat dit bedrag als marktconform tarief kan worden beschouwd, is om verschillende redenen onjuist. In de eerste plaats staat in het document een afgerond gemiddeld tarief genoemd van € 9.000,-- voor de betreffende heupoperatie. Dit is een "all-in" prijs voor de gehele operatie, zodat daar geen andere prestaties bij opgeteld mogen worden. In de tweede plaats liggen de gecontracteerde tarieven per definitie hoger dan de marktconforme tarieven die in principe rond de 75% à 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief van een zorgverzekeraar bedragen. Tenslotte zijn in het overzicht de gemiddelde tarieven van ziekenhuizen meegewogen, terwijl de Nederlandse Heupkliniek een zogenaamd zelfstandig behandelcentrum (ZBC) is. Ziekenhuizen hebben hogere kosten dan ZBC's, zodat de gemiddelde gecontracteerde tarieven voor ziekenhuizen ook hoger liggen dan die voor ZBC's. Het in het door verzoeker overgelegde document genoemde gemiddelde gecontracteerde tarief van € 9.000,-- kan derhalve niet als uitgangspunt worden genomen voor het gemiddelde gecontracteerde tarief voor een ZBC.

De stelling van verzoeker dat het gemiddelde passantentarief van een aantal Nederlandse zorgaanbieders kan worden beschouwd als marktconform tarief is ook onjuist. Het passantentarief is niet gebaseerd op de tarieven die zijn vastgesteld na onderhandeling van de zorgverzekeraar met een zorgaanbieder, en bij vrije tarieven waarvan in casu sprake is kan een zorgaanbieder dan ook een veel hogere prijs vragen dan het gecontracteerde tarief.

Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de opmerking van verzoeker dat in 2012 en 2013 het volledige bedrag aan andere verzekerden is vergoed en dat daaruit blijkt dat ook de ziektekostenverzekeraar van oordeel is dat de door verzoeker gemaakte kosten niet uitkomen boven hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten, onjuist is. Deze opmerking is dan ook niet te plaatsen.

- 5.6. Uit een uitspraak van het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 2 juni 2015 (ECLI:NL:GHARL:2015:3913) blijkt dat de Nederlandse Heupkliniek jegens een aantal door de Nederlandse Heupkliniek gedagvaarde zorgverzekeraars geen beroep kan doen op artikel 56 VWEU, aangezien dit artikel zogenoemde horizontale directe werking ontbeert en de verhouding tussen de Nederlandse Heupkliniek en de zorgverzekeraars moet worden gezien als een horizontale verhouding. Het Hof stelt in de uitspraak dat het Hof van Justitie EG/EU een uitbreiding van de horizontale directe werking ten aanzien van overeenkomsten of andere rechtsverhoudingen tussen particulieren, die het Hof wel heeft aangenomen voor onder meer het vrije werknemersverkeer, nog niet heeft aanvaard. Het Hof is dan ook van oordeel dat de Nederlandse Heupkliniek jegens de zorgverzekeraars geen beroep toekomt op artikel 56 VWEU. Aangezien verzoeker ook valt onder de door het Hof genoemde particulieren, is deze uitspraak van toepassing op de onderhavige kwestie. Dit betekent dat verzoeker geen beroep kan doen op artikel 56 VWEU.
- 5.7. De vergoeding is in casu terecht gebaseerd op de zorgverzekering. Op grond van de polisvoorwaarden heeft verzoeker aanspraak op een vergoeding van € 7.800,95 voor de door hem ondergane totale heupartroplastiek in de Nederlandse Heupkliniek.
- 5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard zich te kunnen vinden in het advies van het Zorginstituut. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hem geen gevallen bekend zijn waarin volledige vergoeding is verleend. De gevallen die verzoeker noemt, zijn niet te controleren. Verzoeker heeft zelf voor deze chirurg bij de Nederlandse Heupkliniek gekozen, en de voorwaarden waren bij hem bekend. Op grond van artikel 13 Zvw geldt een korting indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze informatie is ook te vinden op de website van de ziektekostenverzekeraar. Het argument van verzoeker over de zorgplicht kan niet worden gevolgd, omdat de polis de mogelijkheid biedt zelf een zorgverlener te kiezen. De

ziektekostenverzekeraar kijkt dan ook niet naar wachttijden in Nederland. De verzekerde mag zelf kiezen, zolang de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt.

5.9. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende verklaard. Ten aanzien van de vergoedingen die in 2012 en 2013 aan andere verzekerden zijn toegekend, geldt dat deze bedragen niet maatgevend zijn voor de vergoeding in de opvolgende jaren. De ziektekostenverzekeraar sluit immers ieder jaar nieuwe contracten met zorginstellingen, hetgeen ook ieder jaar tot een ander marktconform tarief kan leiden. Tijdens de zitting is toegelicht dat de betreffende heupoperatie sinds 2014 tegen lagere tarieven is ingekocht dan in 2012 en 2013 het geval was. Dit resulteert in een lager marktconform tarief. Omdat de Nederlandse Heupkliniek een tarief in rekening brengt dat een stuk hoger is dan het marktconforme tarief, heeft dit tot gevolg dat een deel van de kosten voor rekening van verzoeker blijft. Met het oog hierop is verzoeker per brief geïnformeerd over het te vergoeden marktconforme tarief. Ten aanzien van de vergoeding die in 2015 aan een andere verzekerde is toegekend, geldt het volgende. Op grond van de omstandigheden die de individuele situatie kenmerkten, heeft de ziektekostenverzekeraar coulancehalve besloten aan die verzekerde een volledige, *niet-marktconforme* vergoeding toe te kennen. Voor de door verzoeker ingeschakelde advocaat (die ook in zaken van andere patiënten van de Nederlandse Heupkliniek heeft opgetreden) is bekend dat een volledige vergoeding een uitzondering op de regel is. Op grond van de polisvoorwaarden geldt immers het uitgangspunt dat een marktconforme vergoeding wordt gehanteerd. De vergoeding die in 2015 onverplicht is toegekend aan één verzekerde, dient in dit verband dan ook buiten beschouwing te worden gelaten.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 14 van de zorgverzekering en artikel 13 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 € 7.800,95 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 tot en met 38 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

lid 2.1 Te vergoeden zorgkosten

lid 2.1.1 Medisch-specialistische zorg met opname (klinische zorg)

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-

specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 365 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 365 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 365 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 365 dagen.

(...)

lid 2.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet vooraf bij ons een machtiging hebben aangevraagd en gekregen:

- voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 4)
- voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). (...) Voor andere medisch-specialistische zorg is dit niet vereist.

Verwijzing

- U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts, jeugd(gezondheidszorg)-arts of medisch specialist (met uitzondering van een sociaal geneeskundige, behalve de bedrijfsarts). In het geval van spoedeisende zorg is geen verwijzing noodzakelijk.
- Voor een zwangerschap en/of bevalling mag u ook een verwijzing van een verloskundige hebben.
- Voor een second opinion heeft u een aparte verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

(...)

lid 2.4 Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

(...)"

- 8.4. Artikel 10 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

lid 2 Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgverlener buiten Nederland. Als u zich went tot een niet door ons gecontracteerde zorgverlener buiten Nederland, dan krijgt u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15.

(...)

lid 5 Vergoeding en machtiging

Als u zorg inroept waarbij u opgenomen moet worden of in een instelling moet verblijven, de zogenoemde intramurale zorg, is het vereist om vooraf van ons toestemming te hebben gekregen.

(...)

Het toestemmingsvereiste is niet van kracht als u zorg inroept die niet gepaard gaat met opname of verblijf, de zogenoemde extramurale zorg.

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, dan is het wellicht vooraf onduidelijk of en, zo ja, in hoeverre u die zorg vergoed krijgt. Daarom raden wij u in alle gevallen aan, zoals aangegeven in artikel 15 lid 7, bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf contact met ons op te nemen. Wij kunnen u dan aangeven:

a. of u verzekerd bent voor die zorg;

b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;

c. hoe hoog de vergoeding zal zijn;

d. of u voor deze zorg bij zorgverleners terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

lid 6 Bevoegde zorgverlener

Zorg in het buitenland komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze wordt verleend door een zorgverlener die in het desbetreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.

(...)"

- 8.5. Artikel 15 van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

lid 3 Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief

Wanneer u naar een zorgverlener binnen Nederland gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van curatieve GGZ en zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hiervoor geldt dat wij uw behandeling vergoeden tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Voor al onze marktconforme vergoedingen zie www.dsw.nl.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een zorgverlener gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximum tarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Voor al onze marktconforme vergoedingen zie www.dsw.nl.

lid 4 Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg

Alleen originele nota's die voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag worden door ons in behandeling genomen. De nota dient zodanig te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding wij zijn gehouden.

Als u de nota zelf heeft ontvangen van de zorgverlener, bent u verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgverlener.

lid 5 Extra voorwaarden ten aanzien van de betaling van rekeningen

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat ontvangt u van die zorgverlener een nota ter voldoening van de kosten van de geleverde zorg. De aanspraak op vergoeding van deze kosten van de door een niet-gecontracteerde zorgverlener geleverde zorg is in beginsel persoonlijk. U kunt de aanspraak op vergoeding van deze kosten, met inbegrip van alle voor u geldende polisvoorwaarden, echter overdragen op een niet-gecontracteerde zorgverlener door middel van een akte van cessie. Met deze akte van cessie gaan, naast de aanspraak op de vergoeding van de kosten al uw verplichtingen mede over op deze niet-gecontracteerde instelling. De vervolgens bij ons ingediende nota vergoeden wij met inachtneming van artikel 15, lid 3, alsmede artikel 15, lid 5, onder a.

a. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener

U geeft ons toestemming met zorgverleners en leveranciers afspraken te maken over de betaling van nota's. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij bepaalde of alle nota's rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. In het geval van curatieve GGZ en zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra, kan echter uitsluitend betaling van nota's aan de zorgverlener plaatshebben, indien door de zorgverlener een papieren versie van de nota, vergezeld van een getekende akte van cessie, bij ons wordt ingediend.

b. Te veel vergoed aan de zorgverlener

Als u op grond van deze polisvoorwaarden geen recht heeft op vergoeding of op een lagere vergoeding dan het door ons aan de zorgverlener betaalde bedrag, dan bent u verplicht ons het verschil te betalen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer u een eigen bijdrage of eigen risico heeft of wanneer er een maximumvergoeding geldt. U betaalt dit verschil op dezelfde wijze als uw premie via automatische incasso of met een acceptgiro.

c. Verrekening

Als wij een nota niet rechtstreeks aan de zorgverlener betalen maar aan u, dan mogen wij de aan u te betalen bedragen verrekenen met uw eventuele openstaande premie.

lid 6 Bemiddeling

De verzekerde heeft desgevraagd recht op zorgbemiddeling door DSW Zorgverzekeraar.

lid 7 Machtiging

Sommige behandelingen krijgt u alleen vergoed als u vooraf een aanvraag heeft ingediend en een machtiging van ons heeft gekregen. Dit staat dan vermeld bij de behandeling in kwestie. Om deze machtiging aan te vragen, stuurt u ons:

- a. een verwijsbrief of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch specialist of tandarts; en
- b. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Zodra u van ons een machtiging heeft gekregen, mag de zorg voor rekening van uw zorgverzekering worden gegeven. Een door DSW afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de zorgverzekering, en wordt afgegeven op basis van de geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden. De machtiging is niet meer geldig als de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd (tenzij de ingangsdatum van de DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) binnen de looptijd van uw verzekering ligt. (...)"

- 8.6. De artikelen 10, 15 en 17 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. In artikel 13 lid 2 Zvw is bepaald dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt.

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:

"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

9.1. Verzoeker heeft de vordering die hij stelt te hebben op de ziektekostenverzekeraar van € 9.463,70 gecedeerd aan de zorgaanbieder (Nederlandse Heupkliniek). De ziektekostenverzekeraar heeft een vergoeding verleend van € 7.800,95 (aan verzoeker). Vervolgens heeft de zorgaanbieder het restant van € 1.662,75 weer gecedeerd aan verzoeker ("retrocessie"). Deze (restant)vordering wenst verzoeker vergoed te zien. Door de "retrocessie" heeft verzoeker een voldoende belang om aan de commissie een bindend advies te vragen en is hij ontvankelijk in zijn verzoek.

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.2. Partijen zijn niet verdeeld over de toepassing van Vo. nr. 883/2004. Het geschil spitst zich toe op de vergoeding op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat de bij verzoeker uitgevoerde ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat hij hiervoor een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling hiervan uitgegaan van de DBC-zorgproductcode 131999052 met als omschrijving: "*Totale heupoperatie / Implantatie heupprothese bij artrose | Met VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma (...) Heupoperatie of implanteren van een heupprothese (met verpleegligdagen) bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel*". Het 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. Het bijbehorende tarief is volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar € 7.800,95. De gehanteerde code is - gelet op de uitgevoerde ingreep - de meest passende.
In artikel 13 lid 2 Zvw is bepaald dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt. Blijkens de Memorie van Toelichting geldt dit niet alleen voor de (gedeeltelijke) naturaverzekering, maar ook voor bepaalde restitutieverzekeringen, zoals de onderhavige. Artikel 15 lid 3 van de zorgverzekering regelt immers de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg.

Het door verzoeker aangehaalde artikel 2.2 Bzv, dat betrekking heeft op de 'zuivere' restitutiepolis - dat wil zeggen zonder verwijzing naar gecontracteerde zorg - vindt in dit geval geen toepassing. Enkel bij een 'zuivere' restitutiepolis komt namelijk de vraag aan de orde of het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag onder de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Verzoeker heeft derhalve op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op een hogere vergoeding dan € 7.800,95.

- 9.4. De door verzoeker naar voren gebrachte passantentarieven en gemiddelden uit krantenartikelen kunnen niet leiden tot een ander oordeel. Gelet op artikel 15 van de zorgverzekering is slechts het als meest passend te beschouwen, door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief relevant. Eerst indien een dergelijk tarief niet zou zijn bepaald, kan, zoals gezegd, ook bij een restitutiepolis met gecontracteerde zorg de vraag aan de orde komen of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte kosten van de ingreep onder de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten.
- Ook uit de publicaties van de NZa valt niet te concluderen dat de ziektekostenverzekeraar in beginsel gehouden is gedeclareerde bedragen te vergoeden, tenzij hij aantoont dat de betreffende nota onredelijk hoog is.
- Ten aanzien van de gestelde wachttijden in Nederland merkt de commissie nog op dat ingevolge artikel 11 lid 1 sub b Zvw aanspraak bestaat op zorgbemiddeling. Het is daarbij aan de betrokken verzekerde hier om te verzoeken. Van een zodanig verzoek is in de procedure niet gebleken, zodat van schending van de zorgplicht geen sprake 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.


Vergoeding andere verzekerden

- 9.6. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot een hogere vergoeding dan die waarop op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan, kan verzoeker op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoeker specifieke gevallen heeft genoemd waarin de ziektekostenverzekeraar aan verzekerden een volledige vergoeding heeft verleend, waarvan de laatste toekenning dateert van augustus 2015, kan worden geconcludeerd dat bij de ziektekostenverzekeraar sprake is van een beleid waarop verzoeker een beroep kan doen. Ingevolge de lijsten met maximale tarieven voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders/ZBC's bedroeg het marktconforme tarief voor declaratiecode 15B034 in 2013 € 7.476,44, in 2014 € 7.800,95 en in 2015 € 6.327,42.
- Uit de door verzoeker overgelegde brieven aan andere verzekerden inzake de toekenning van een vergoeding blijkt echter dat in 2013 aan een verzekerde voor dezelfde ingreep als de onderhavige een bedrag van € 9.463,70 is toegekend, en in 2015 aan een andere verzekerde een bedrag van € 9.468,70.
- Hiermee is naar het oordeel van de commissie voldoende aannemelijk gemaakt dat sprake is van een zekere willekeur aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar, zeker nu deze desgevraagd niet heeft toegelicht waarom bedoelde gevallen afwijken van de situatie van verzoeker. Derhalve is het niet redelijk dat aan verzoeker het marktconforme tarief 2014 van € 7.800,95 is vergoed. De ziektekostenverzekeraar is daarom gehouden aan verzoeker een aanvullende vergoeding van € 1.662,75 te verlenen.



Conclusie

- 
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 
- 9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- dient te vergoeden.



Zeist, 15 juni 2016,



P.J.J. Vonk





