



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar  
U.A. te Schiedam  
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, heupoperatie, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 201402284  
Zittingsdatum : 16 december 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, 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 verzoekster 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 verzoekster 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een heupoperatie, ondergaan te Sint-Martens-Latem, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 augustus 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 7.476,44.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 10 maart 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 juli 2015 medegedeeld coulantehalve over te gaan tot vergoeding van 90 percent van het gecontracteerde tarief voor

ZBC's, hetgeen neerkomt op € 8.026,20, zodat een nabetaling volgt van € 549,76. Een afschrift van deze brief is op 17 juli 2015 aan verzoekster gezonden, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Bij brief van 14 september 2015 heeft verzoekster medegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost. Een afschrift van deze brief is op 16 september 2015 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 16 september 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 oktober 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015115349) 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 gebruikt. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 december 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 18 december 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting 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 29 december 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een restitutiepolis afgesloten, die haar recht geeft op vrije artsenkeuze. 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". Met de term 'deze zorg' wordt verwezen naar zorg waaraan de verzekerde behoefte heeft. Verzoekster had behoefte aan de zorg die zij in België heeft ontvangen, bestaande uit een heupoperatie in verband met coxarthrose.
- 4.2. 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 als gevolg hiervan 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.
- 4.3. Voor de behandeling die verzoekster heeft ondergaan, is door de Nederlandse Zorgautoriteit geen tarief vastgesteld, zodat dient te worden uitgegaan van het tarief voor een vergelijkbare behandeling. Dit betreft de traditionele totale heupartroplastiek, waarbij een heupprothese wordt geplaatst. Deze operatie is evenwel eenvoudiger dan de ingreep die bij verzoekster is uitgevoerd. De behandeling van verzoekster 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,--. De bij de traditionele ingreep behorende declaratiecode is 15B034, en deze viel in 2013 onder 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.

4.4. Verschillende Nederlandse zorgaanbieders die een heupoperatie uitvoeren, hebben passanten-tarieven op hun website gepubliceerd, behorende bij declaratiecode 15B034. 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 verzoekster gemaakte kosten niet uitkomen boven het bedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.

4.5. Bij brief van 14 september 2015 heeft verzoekster toegelicht dat het geschil nog niet is opgelost, omdat zij van mening is dat zij aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van de genoten zorg. Hierop mag enkel de eigen bijdrage in mindering worden gebracht, alsmede de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.

4.6. Ter zitting is door verzoekster opgemerkt dat het Zorginstituut in zijn advies stelt dat het gaat om verzekerde zorg, en hierbij verwijst naar een DBC-zorgproduct uit het B-segment. De totale kosten moeten echter worden vergoed, en niet slechts een deel. Verzoekster verwijst naar het 'toetsingskader modelovereenkomst 2014' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Bij restitutiepolissen moeten de volledige kosten worden vergoed, tenzij die kosten onredelijk hoog zouden zijn. Dat is niet aan de orde. Er moet per individu worden gekeken of de vergoeding redelijk is. De vergoeding mag bovendien geen belemmering vormen voor grensoverschrijdende zorg. Op grond van het Europees recht en het restitutiekarakter van de verzekering moet zodoende een volledige uitkering van het gedeclareerde bedrag volgen. Het aanbod van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster daarom verworpen.

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

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

5.1. De zorgverzekering biedt dekking voor kosten van zorg in het buitenland. Indien deze zorg geen medisch noodzakelijke zorg betreft, bedraagt de vergoeding maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Een en ander is geregeld in artikel 15 van de zorgverzekering. Voor deze zorg dient vooraf toestemming te worden gevraagd. Verzoekster heeft op 27 augustus 2013 toestemming gekregen voor de ingreep in België. De ziektekostenverzekeraar heeft bij die gelegenheid medegedeeld dat de vergoeding maximaal € 7.476,44 bedraagt. Dit betreft de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde marktconforme vergoeding voor de ondergane heupoperatie. Het bijbehorende DBC-zorgproduct is 131999052, declaratiecode 15B034, met als omschrijving: *"Heupoperatie of implanteren van een heupprothese (met verpleegligdagen) bij een aandoening van het botspierstelsel of bindweefsel"*.

5.2. Na een vraag daartoe van de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar op 8 oktober 2014 een tarifieringsverzoek gedaan bij het Belgische uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering. Het 'Vlaams & Neutraal Ziekenfonds' heeft medegedeeld dat in België een lijst bestaat met "technische prestaties", de zogenoemde nomenclatuur, welke lijst is te vinden via het internet. De ziektekostenverzekeraar is voor de vaststelling van het Belgische tarief korthedshalve naar deze lijst verwezen.

5.3. Bij verzoekster was niet aan de orde dat zij de zorg niet of niet tijdig bij een Nederlandse zorgaanbieder kon krijgen. Zij had binnen zes weken de door haar gewenste heupoperatie kunnen ondergaan in Nederland. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 is daarom niet van toepassing. Aan

verzoekster is daarom geen S2-formulier afgegeven. Uit een bindend advies van de commissie van 14 mei 2014 (GcZ 14 mei 2014, 2013.01055) volgt overigens dat de eventuele afgifte van een S2-formulier niet betekent dat verzoekster aanspraak heeft op verstrekkingen volgens de Belgische sociale ziektekostenverzekering, 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 de artikelen 25 lid 5 en 26 lid 6 van Vo. nr. 987/2009 buiten toepassing blijven, en door de ziektekostenverzekeraar niet hoeft te worden getarifeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft de hoogte van het Belgische tarief dan ook niet verder berekend.

5.4. De tarieven van de Nederlandse Heupkliniek zijn hoger dan de gemiddelde tarieven die de ziektekostenverzekeraar voor de prestatiecode 15B034 heeft gecontracteerd met ZBC's. Het gemiddelde gecontracteerde tarief bij ZBC's voor deze prestatiecode bedroeg in 2013 € 8.918,--. De ziektekostenverzekeraar is bereid eenmalig en onverplicht, coulancehalve een ruim percentage van dit bedrag, namelijk 90 percent, aan verzoekster te vergoeden. De vergoeding komt daarmee uit op € 8.026,20.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij eerder heeft bestreden dat hij een zuivere restitutiepolis aanbiedt. Over de beleidsregel van de NZa heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat als hij voor zijn naturaverzekeringen afspraken maakt met zorgverleners, deze tarieven kunnen worden gebruikt als maximum bij niet-gecontracteerde zorgverleners. Indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorg wordt bij naturaverzekeringen een korting toegepast. Voor alle verzekerden moet de maximale vergoeding gelijk zijn, en deze moet zijn te raadplegen. Tot slot is door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de extra vergoeding een eenmalig aanbod betrof, dat met de afwijzing hiervan is komen te vervallen.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 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 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 tot en met 36 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:

*“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. (...)*

*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 zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"Als u in Nederland woont, heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgverlener buiten Nederland. Als u zich wen[d]t 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. (...)"*

- 8.5. Artikel 15 van de zorgverzekering 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 specialistische GGZ, medisch specialistische verpleging thuis 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](http://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](http://www.dsw.nl). (...)*

*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. Die nota kunt u bij ons indienen. Wij vergoeden de nota met inachtneming van artikel 15 lid 3. De aanspraak op vergoeding van kosten van de door een niet-gecontracteerde zorgverlener geleverde zorg is persoonlijk en niet overdraagbaar aan derden. (...)"*

- 8.6. De artikelen 10, 15 en 17 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 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.

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. Onder 6 heeft de commissie geoordeeld dat zij bevoegd is van het onderhavige geschil kennis te nemen en hierover bindend advies uit te brengen. Een andere vraag is die naar de ontvankelijkheid van het verzoek die de commissie vooreerst heeft te beantwoorden.

Naar uit de stukken is gebleken, is de in het geding zijnde vordering door verzoekster gecedeerd aan de zorgaanbieder. Van deze cessie is mededeling gedaan aan de ziektekostenverzekeraar. Artikel 15 van de zorgverzekering verbiedt echter overdracht van de vordering op de ziektekostenverzekeraar aan een derde. De ziektekostenverzekeraar is, gelet op artikel 3:83 lid 2 BW, gerechtigd een dergelijke bepaling in zijn algemene voorwaarden op te nemen. De cessie heeft daarom niet rechtsgeldig plaatsgevonden, zodat de vordering niet is overgegaan naar de zorgaanbieder, en het verzoek ontvankelijk is.

9.2. Partijen zijn niet verdeeld over de toepassing van Vo. nr. 883/2004. De verordening blijft in dit verband buiten beschouwing. 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 verzoekster uitgevoerde ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat zij 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 heup operatie / Implantatie heupprothese bij artrose | Met VPLD | Botspijrstelsel ziekte/laat gev trauma (...) Heupoperatie of implanteren van een heupprothese (met verpleegligdagen) bij een aandoening van botspijrstelsel 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. De gehanteerde DBC-zorgproductcode is - gelet op de uitgevoerde ingreep - de meest passende.

Het bijbehorende tarief is volgens een via internet te raadplegen lijst met restitutietarieven van de ziektekostenverzekeraar € 7.476,44. Dit is ook het bedrag dat in eerste instantie door de ziektekostenverzekeraar is genoemd, en dat aan verzoekster is vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft nadien evenwel medegedeeld dat het door hem gecontracteerde tarief voor ZBC's afwijkt en € 8.918,- bedraagt. Vast staat dat de Nederlandse Heupkliniek geen ziekenhuis is. Tegen die achtergrond valt niet in te zien waarom niet dit tarief, maar het tarief van de restitutielijst aan verzoekster wordt uitgekeerd. Voorts valt niet in te zien waarom door de ziektekostenverzekeraar op het tarief van € 8.918,- een korting van tien percent is toegepast. Voor een zodanige korting bestaat immers geen grond. Naar het oordeel van de commissie dient het tarief van € 8.918,- door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster te worden vergoed. Hierbij tekent de commissie voor de goede orde aan dat het tarief van € 8.918 geen absolute boven- of ondergrens vormt in vergelijkbare gevallen. Op basis van het specifieke contracteerbeleid van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van ZBC's is een vergoeding van € 8.918,- van toepassing. Voor een andere verzekeraar zal - afhankelijk van diens contracteerbeleid - de uitkomst een andere zijn.

Anders dan verzoekster stelt, volgt uit artikel 2.2 Bzv niet dat in haar geval zonder meer een volledige vergoeding dient te worden verleend. Gelet op de nota van toelichting is artikel 2.2 alleen opgenomen voor die gevallen waarin geen tarief op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg, thans: Wet marktordening gezondheidszorg, Wmg) beschikbaar is. In een dergelijk geval zou de zorgaanbieder het tarief eenzijdig bepalen, hetgeen zou kunnen leiden tot onredelijk hoge rekeningen. Daarom is bepaald dat in die situatie het bedrag geldt dat onder de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Zulks is in de onderhavige situatie niet aan de orde, omdat een op basis van de Wmg tot stand gekomen tarief voor deze ingreep bestaat.

- 9.4. De door verzoekster naar voren gebrachte passantentarieven en gemiddelden uit krantenartikelen kunnen niet leiden tot een ander oordeel. Gelet op artikel 15 van de zorgverzekering is slechts relevant het als meest passend te beschouwen, door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief. Eerst indien een dergelijk tarief niet zou bestaan, komt, zoals gezegd, de vraag aan de orde of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte kosten van de ingreep onder de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Ook uit de publicaties van de NZa valt niet te concluderen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden gedeclareerde bedragen zonder meer te vergoeden, tenzij hij zou aantonen dat de betreffende nota onredelijk hoog is. Dit argument van verzoekster faalt derhalve. Tot slot heeft verzoekster zich beroepen op Europese regelgeving, waaruit volgt dat de lagere vergoeding niet mag leiden tot een belemmering van grensoverschrijdende zorg binnen de EU/EER. Naar het oordeel van de commissie is de vergoeding van € 8.918,-, mede rekening houdend met het feit dat de zorgverzekering een sociale ziektekostenverzekering is en dat de zorg wordt betrokken bij een private zorgaanbieder, niet dermate laag dat hierdoor een belemmering wordt opgeworpen zich voor de onderhavige zorg naar België te begeven.


#### **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 verzoekster op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoekster slechts ten algemene heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in het verleden een volledige vergoeding aan andere verzekerden heeft verleend, maar geen concrete gevallen noemt, kan niet worden geconcludeerd dat bij de ziektekostenverzekeraar sprake is van een beleid waarop verzoekster een beroep kan doen.



### Conclusie

- 
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is bepaald onder 9.3. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is bepaald onder 9.3. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



Zeist, 13 januari 2016,



A.I.M. van Mierlo

