






# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te  
Tilburg  
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding controlebezoek  
Zaaknummer : 201403113  
Zittingsdatum : 17 juni 2015

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)


 (Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---


 1. Partijen


Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,


 tegen


 OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.


 2. De verzekeringssituatie


 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van poliklinische nazorg door een neuroloog en een radioloog, uitgevoerd te Frankfurt am Main, Duitsland (verder: de aanspraak). Bij brieven van 21 en 23 augustus 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat deze kosten gedeeltelijk worden vergoed, te weten tot een bedrag van € 609,29. Hierop wordt een bedrag van € 131,93 in mindering gebracht ter zake van het nog openstaande eigen risico.

 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 29 oktober en 27 november 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 21 januari 2015 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

 3.4. Bij brief van 25 januari 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, althans tot een hoger bedrag in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 mei 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 mei 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 mei 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 10 juni 2015 per e-mail 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 toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Verzoekster is op 17 juni 2015 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft op 25 februari 2014 een ski-ongeval gehad in Lech, Oostenrijk. Na radiologisch onderzoek heeft een arts vastgesteld dat zij een hersenbloeding heeft gehad. Hij heeft haar geadviseerd zich met spoed onder behandeling van een neuroloog te laten stellen. Verzoekster heeft zich daarom gewend tot een neuroloog, verbonden aan de Universiteitskliniek te Frankfurt am Main. Zij is gedurende één week opgenomen geweest in de Universiteitskliniek en aansluitend twee weken in een Reha kliniek om te revalideren. Bij het ontslag uit het ziekenhuis heeft de behandelend arts tegen verzoekster gezegd dat zij na vier maanden moest terugkomen voor nader onderzoek. Verzoekster heeft dit advies opgevolgd.
- 4.2. De kosten van de ziekenhuisopname en de revalidatie zijn door een Duitse verzekeraar ten laste van de aldaar door verzoekster afgesloten aanvullende verzekering vergoed. De kosten van de poliklinische nazorg worden door deze verzekering evenwel niet gedekt. Daarom heeft verzoekster deze kosten bij de zorgverzekeraar ter declaratie ingediend. De zorgverzekeraar wil echter niet meer vergoeden van 100 percent van het Nederlandse marktconforme tarief. Verzoekster vindt het schrijnend en onaanvaardbaar dat zij zich voor de laatste controle zou moeten wenden tot een haar onbekende arts, die niets weet van haar medische situatie, alleen omdat in dat geval de kosten volledig (rekening houdend met het verschuldigde eigen risico) door de zorgverzekeraar worden vergoed. Zij benadrukt dat de zorgverzekeraar het merendeel van de kosten - voor ziekenhuisopname en revalidatie - niet hoeft te vergoeden.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij de afsluitende controle door de artsen in Frankfurt am Main wilde laten doen, omdat zij vertrouwen in hen had. Bovendien was haar dossier bij hun bekend. Het menselijk aspect moet ook bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding worden betrokken. Daarnaast was het ook uit oogpunt van efficiency beter om de afsluitende controle aldaar te laten uitvoeren. Als verzoekster een andere arts had moeten raadplegen, had deze alles opnieuw moeten doen. Bovendien zouden de aanwezige medische stukken in dat geval moeten worden vertaald van het Duits naar het Nederlands. Verzoekster vraagt zich af hoe een en ander zich verhoudt met de vrije artskeuze. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de afsluitende controle niet aan te merken als spoedeisende zorg. Verzoekster is echter van mening dat de controle het gevolg is van de calamiteit. Het is verzoekster niet duidelijk hoe het marktconforme tarief wordt vastgesteld. Zij vraagt zich ook af waarom deze zeer goed kliniek niet is gecontracteerd.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Voor geplande zorg bestaat op grond van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van maximaal 100 percent van het Nederlandse marktconforme tarief. Voor medisch specialistische zorg wordt de vergoeding vastgesteld met behulp van een DBC Zorgproduct. Voor het controlebezoek van verzoekster heeft de zorgverzekeraar de zorgproductcode 099999023 vastgesteld. De omschrijving hiervan is: "Behandeling of onderzoek op de polikliniek bij een cerebrovasculaire ziekte (aandoening in de bloedvaten van de hersenen)". De looptijd van het DBC Zorgproduct is in het onderhavige geval van 8 juli tot en met 6 augustus 2014. Het bijbehorende tarief bedraagt € 609,29. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed. Op deze vergoeding is het eigen risico van toepassing. Aan verzoekster is daarom een bedrag van € 477,36 betaald en een bedrag van € 131,93 is verrekend met het eigen risico voor 2014.

5.2. Het feit dat de kosten van de ziekenhuisopname en revalidatie door een andere verzekeraar zijn vergoed, en dus niet voor rekening van de zorgverzekeraar komen, maakt het onder 5.1 gestelde niet anders.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat het geen spoedeisende zorg betrof. Op grond van de zorgverzekering bestaat dan aanspraak op vergoeding van 100 percent van het marktconforme tarief. Dit is het tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar de zorg in Nederland kan inkopen. De marktconforme tarieven worden gepubliceerd op de website van de ziektekostenverzekeraar. De meeste zorgaanbieders in Nederland zijn gecontracteerd, en enkele over de grens. Het is voor de ziektekostenverzekeraar niet te doen om in alle landen te contracteren. Ter aanvulling merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het feit dat iets wenselijk of begrijpelijk is, niets verandert aan de uitkomst. De ziektekostenverzekeraar dient zich te houden aan de kaders die de wetgever heeft gesteld.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op een volledige dan wel een hogere vergoeding van de door haar gedeclareerde kosten van poliklinische nazorg, uitgevoerd te Frankfurt am Main, ten laste van de zorgverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.(...)"*

- 8.4. Artikel B.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

*B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont*

**Zorg: waar hebt u recht op?**

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

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

*(...)"*

- 8.5. Artikel A.20 van de zorgverzekering regelt de tarieven, en luidt, voor zover hier van belang:

**"A.20.1. Omschrijving van de tarieven**

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

*(...)*

**3. Marktconform tarief**

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

*(...)*

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

*- Zorgverzekering Restitutie en de onderdelen van de aanvullende verzekeringen die vergoeding op restitutiebasis bevatten en geen zorg in natura:*

*Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan vergoeden wij voor de Zorgverzekering Restitutie en de onderdelen van de aanvullende verzekeringen die vergoeding op restitutiebasis bevatten het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief, dan vergoeden wij het volledige (100%) marktconforme tarief. Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het marktconforme tarief, dan vergoeden we dit lagere in rekening gebrachte bedrag.*

*(...)"*

- 8.6. De artikelen A.20, B2 en B.4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg, waaronder 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 zorgverzekeraar 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. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, 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. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de zorgverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.3. De zorgverzekering biedt op grond van artikel B.4 aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg. Op grond van artikel B.2 van de zorgverzekering bestaat ook aanspraak indien deze zorg in het buitenland wordt verleend. Als de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten met de betreffende zorgaanbieder, heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van hetzelfde tarief als wanneer hij in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn behandeld. Tussen partijen is niet in geschil dat de betreffende zorgaanbieder niet is gecontracteerd door de zorgverzekeraar. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de zorgverzekeraar de vergoeding mag beperken tot maximaal het Nederlandse marktconforme tarief.


9.4. Op grond van artikel A.20 lid 2 sub c van de zorgverzekering heeft verzoekster voor zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanspraak op vergoeding van 100 percent van het marktconforme tarief. Tussen partijen is niet in geschil dat de zorgverzekeraar het juiste, Nederlandse marktconforme, tarief heeft gehanteerd, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. Gezien het bovenstaande concludeert de commissie dat de zorgverzekeraar de juiste vergoeding aan verzoekster heeft toegekend. Dat eerder de kosten van de klinische behandeling en de revalidatie door de Duitse verzekeraar van verzoekster zijn vergoed, en dat deze kosten vele




malen hoger zijn dan de thans bij de zorgverzekeraar gedeclareerde kosten van poliklinische nazorg - die volgt uit voornoemde behandeling - maakt het voorgaande niet anders. Hetzelfde geldt voor het feit dat de onderhavige kosten betrekking hebben op de laatste controle bij de voor verzoekster bekende en daarmee vertrouwde arts. De voorwaarden, zoals tussen partijen afgesproken, bieden geen mogelijkheid tot een hogere vergoeding.




### Conclusie




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




10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 1 juli 2015,



H.A.J. Kroon