



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen
Zaak : EU/EER, België, medisch specialistische zorg, heupoperatie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201503066
Zittingsdatum : 23 november 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, artt. 19 en 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen



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

- 
- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 een heupoperatie, uitgevoerd te Brussel (België), ten bedrage van € 6.466,32, alsmede van de kosten van de nadien aangelegde heupbrace (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft de aanspraak gedeeltelijk ingewilligd, en door middel van diverse declaratieoverzichten (van juli en september 2015) aan verzoeker medegedeeld dat geen verdere vergoeding wordt verleend.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 oktober 2015 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 brief van 16 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, in die zin dat aan hem een aanvullende vergoeding van € 1.993,84 wordt verleend, 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 e-mailbericht van 8 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 september 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 september 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 12 september 2016 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 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016115017) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, gedeeltelijk toe te wijzen. Kosten voor een eenpersoonskamer en bijbehorende supplementen komen niet voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking. In 2009 heeft het toenmalige College voor zorgverzekeringen uiteengezet dat op basis van de polisvoorwaarden een vergoeding van het supplement van de duurdere kamer is uitgesloten van vergoeding. Voor (ereloon)supplementen ligt dit echter anders. De (ereloon)supplementen zijn een deel van het honorarium van de Belgische specialist voor het verlenen van zorg. Verzoeker heeft daarom recht op vergoeding van de kosten van de remgelden en supplementen, met uitzondering van het supplement voor de eenpersoonskamer, een en ander voor zover de totale kosten van de behandeling en het verblijf onder de grens van 75% van het marktconforme tarief behorende bij de passende DBC blijven. De ziektekostenverzekeraar dient een nieuwe berekening te maken. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 november 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 2 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 6 december 2016 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in 2011 een operatie ondergaan aan zijn linker heup waarbij een totale prothese is geplaatst. Deze operatie is uitgevoerd in het Jan Palfijn ziekenhuis in Gent door dr. Janssens. De heupoperatie is goed verlopen en de ziektekostenverzekeraar heeft de kosten daarvan geheel vergoed. Toen verzoeker klachten ontwikkelde ten aanzien van zijn rechter heup, heeft hij in samenspraak met de huisarts een consult bij ViaSana gehad. Deze instelling deelde mede dat verzoeker aldaar niet kon worden geopereerd in verband met een notitie in zijn patiëntendossier: "apneu vastgesteld en behandeld, ongeveer 5 jaar geleden". Hierop heeft verzoeker in overleg met de huisarts dr. Janssens benaderd. Deze arts bleek niet meer werkzaam in het Jan Palfijn ziekenhuis, maar in het Brugmann ziekenhuis in Brussel. Dr. Janssens was bereid om verzoeker op korte termijn van een totale heupprothese rechts te voorzien. Verzoeker had ook vertrouwen in dr. Janssens, omdat de operatie links zo goed was verlopen. Verzoeker heeft voorafgaand aan de heupoperatie rechts telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid deelde de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker

mede dat 75% van de kosten van de operatie voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoeker heeft hierop een afspraak voor de heupoperatie gemaakt met de arts in België. Hij had het vertrouwen dat het goed zou komen qua vergoeding door de ziektekostenverzekeraar en was bereid het financiële risico van 25% van de kosten te nemen.

Op 14 april 2015 heeft de heupoperatie in Brussel plaatsgevonden.

Na de operatie zijn diverse declaraties ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Tevens waren al kosten van de operatie vergoed, omdat verzoeker in totale onwetendheid zijn European Health Insurance Card (hierna: EHIC) had getoond bij de arts in België. In totaal is een bedrag van € 6.466,62 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft volledige vergoeding afgewezen. Van het totaalbedrag werd via de weg van de EHIC € 3.632,48 vergoed, en de ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 840,-- separaat betaald.

Het te vergoeden bedrag voor de onderhavige operatie is blijkens de Lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders € 6.015,23 (75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief). Dit heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 8 oktober 2015 bevestigd. Genoemd bedrag is echter niet volledig betaald. Iedere kostenpost is apart beoordeeld en als gevolg daarvan zijn de kosten van de eenpersoonskamer en het artshonorarium niet vergoed. Ook de kosten van de brace zijn niet vergoed. Verzoeker vordert nog een bedrag van de ziektekostenverzekeraar van € 1.993,84.

- 4.2. Met betrekking tot het feit dat een toeslag voor een eenpersoonskamer is berekend voert verzoeker aan dat in de periode van de operatie internationaal grote zorg bestond over de verspreiding van de MRSA ziekenhuisbesmetting (speciaal bij grensoverschrijding). Er werden toen allerlei maatregelen genomen, waaronder het verplicht plaatsen van buitenlandse patiënten op een eenpersoonskamer. Verzoeker moest dus noodgedwongen uitwijken naar een eenpersoonskamer (eerste klas) en heeft niet gekozen voor deze duurdere optie.

Verzoeker heeft voorts van de arts een nota inzake ereloon (honorarium) ontvangen en deze aan hem betaald. Deze nota is te beschouwen als een nota voor de operatie. Dat de rekening door de arts is verstuurd en niet door het ziekenhuis, doet niet ter zake; het betreft operatiekosten.

Verzoeker stelt dat hij in 2015 exact dezelfde verzekering had als in 2011, het jaar waarin de heupoperatie links heeft plaatsgevonden, die volledig is vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Hij wist dat het ziekenhuis in Brussel niet was gecontracteerd en dat 75% zou worden vergoed.

Verzoeker mocht er zodoende op vertrouwen dat het bedrag van € 6.015,23 zou worden vergoed. Omdat er tijdsdruk was en een operatie in Nederland niet mogelijk was, heeft verzoeker de operatie ondergaan en heeft hij erop vertrouwd dat het met de vergoeding goed zou komen. Nu blijkt dat de toegezegde vergoeding niet wordt uitbetaald.

Op grond van de Europese regelgeving bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de heupoperatie tot 100% van het Nederlands tarief. Ten eerste is artikel 20 Vo. nr. 883/2004 van toepassing. Verzoeker kon niet in ViaSana (in Nederland) terecht voor een heupoperatie. Derhalve dient de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 de heupoperatie die is uitgevoerd door de Belgische zorgverlener, aan verzoeker te vergoeden indien daarvoor toestemming is verleend. Door verzoeker is toestemming gevraagd en gekregen voor de onderhavige planbare zorg. Zodoende bestaat aanspraak op volledige vergoeding. De toestemming had ook niet geweigerd kunnen worden, aangezien dezelfde behandeling niet in ViaSana kon worden uitgevoerd (artikel 26 Vo. nr. 987/2009). Ten tweede bepaalt artikel 56 VWEU dat lidstaten het vrij verkeer van diensten niet mogen beperken. Geneeskundige behandelingen worden beschouwd als diensten in de zin van dit artikel. Zoals het Hof Den Bosch heeft geoordeeld (9 november 2002, LJN AF3205, Jansen/VGZ) zijn niet alleen lidstaten aan deze bepaling gebonden, maar dienen ook verzekeraars deze verdragsbepaling na te leven. Het Hof van Justitie heeft in zijn jurisprudentie de toepassing van artikel 56 VWEU nader uitgewerkt. Hieruit blijkt dat als uitgangspunt geldt dat patiënten geen voorafgaande toestemming nodig hebben om in een andere EU-lidstaat te worden behandeld. Dit is slechts in uitzonderingsgevallen te rechtvaardigen. Omdat intramurale zorg moet worden gepland, heeft het Hof van Justitie toegestaan dat voor dit soort zorg voorafgaande toestemming dient te worden gevraagd. Verdere beperkingen op het vrij verkeer van diensten zijn niet toegestaan. Dit betekent dat een eenmaal gegeven toestemming voor intramurale behandeling in een lidstaat wordt geacht ongeclausuleerd te zijn. De ziektekostenverzekeraar dient derhalve, indien het Belgische tarief lager is, een aanvulling toe te

kennen tot het Nederlandse marktconforme tarief. De afwijzing van de ziektekostenverzekeraar op basis van klasse (eenpersoonskamer, honorarium, brace) is in strijd met het Europese recht. Uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie blijkt voorts dat de kosten van grensoverschrijdende zorg door een zorgverzekeraar moeten worden vergoed als de behandeling die is ondergaan behoort tot het verzekerde pakket van het woonland. Als een patiënt voor het ondergaan van een dergelijke behandeling zou moeten bijbetalen, houdt dit een niet-toegestane beperking van het vrij verkeer van diensten in. Onbetwist is dat de onderhavige heupoperatie valt binnen het verzekerde pakket. Het feit dat de ziektekostenverzekeraar de kosten opsplijt, zich beroept op klasse en het gegeven dat de kosten in Nederland in het zorgproduct zitten, beperkt het vrije verkeer van diensten. Feitelijk wordt een drempel opgeworpen om naar een zorgaanbieder in een andere lidstaat te gaan. Als gezegd, heeft het Hof van Justitie bepaald dat dergelijke drempels of beperkingen enkel zijn toegestaan indien gebruik wordt gemaakt van een toestemmingsvereiste bij intramurale zorg. Daarvan is in het onderhavige geval geen sprake.

In de jurisprudentie wordt de aanspraak op volledige vergoeding wel beperkt door de hoogte van de vergoeding in het eigen land. Verzoeker maakt dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding dan de vergoeding die zou worden verleend indien de behandeling in Nederland zou zijn ondergaan.

Er zijn twee mogelijkheden: enerzijds de toepassing van de verordening en anderzijds de toepassing van het VWEU en de jurisprudentie. Het argument van verzoeker dat de behandeling niet in Nederland kon plaatsvinden ziet enkel op de mogelijkheid van toepassing van de verordening. De ziektekostenverzekeraar dient het Nederlandse marktconforme tarief van € 6.015,23 te vergoeden voor de onderhavige behandeling, hetgeen neerkomt op een nabetaling van € 1.993,84. Verzoeker verwijst naar het bindend advies van de commissie van 30 oktober 2013 met nummer 201300291.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker benadrukt dat er een goede reden was om te kiezen voor een 'eerste klas' behandeling, te weten de MRSA-bacterie. Het Zorginstituut spreekt alleen over een uitsluiting voor het supplement voor een duurdere kamer. Dit betekent dat de klassenverpleging, dat wil zeggen de eenpersoonskamer, wel onder de dekking valt.

Verzoeker heeft verder verklaard dat de vergoedingen voor de brace en de medicijnen inmiddels door hem zijn ontvangen. Initieel is een bedrag van circa € 2.000,-- gevorderd. Na aftrek van de vergoedingen voor de brace en de medicijnen, resteert een door de ziektekostenverzekeraar na te betalen bedrag van circa € 1.200,--. Verzoeker benadrukt dat hij een deel van de ziekenhuisnota zelf heeft voldaan. Thans komt circa een derde van de kosten voor zijn rekening. De door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding is dan ook niet correct. Met name de vergoedingen aan de Belgische mutualiteit zijn twijfelachtig.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Voor vergoeding van zorg in het buitenland zijn de verzekeringsvoorwaarden leidend. Vanaf 1 januari 2012 wordt in Nederland medisch specialistische zorg gedeclareerd door middel van een DOT (DBC op weg naar transparantie). Ziekenhuizen declareren per die datum door middel van zorgproducten. Dit zijn zorgactiviteiten die horen bij een bepaalde diagnose en behandeling. Er zijn zorgproducten in het A- en B-segment. Voor het A-segment geldt dat door de Nederlandse Zorgautoriteit tarieven zijn vastgesteld voor de zorgproducten. De tarieven voor zorgproducten uit het B-segment zijn onderhandelbaar. Ook voor zorg in het buitenland wordt een DOT vastgesteld die passend is bij de verleende zorg. De ziektekostenverzekeraar stelt voor zorg in het buitenland een DOT vast op basis van de ontvangen informatie.

- 5.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een naturapolis afgesloten. Dit betekent dat recht bestaat op zorg in natura. De ziektekostenverzekeraar sluit hiertoe overeenkomsten met zorgaanbieders. Zorg die wordt genoten bij gecontracteerde zorgaanbieders wordt volledig vergoed. Wanneer wordt gekozen voor zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, bestaat aanspraak op een vergoeding van 75% van het marktconforme tarief.
- Verzoeker is in België geopereerd aan zijn rechter heup en heeft daarbij een heupprothese gekregen. Hij was van 14 tot en met 18 april 2015 opgenomen in het Brugmann Ziekenhuis in Brussel. Voorafgaand hieraan heeft verzoeker telefonisch contact gehad met de afdeling Zorgadvies van de ziektekostenverzekeraar. Uit de eerste contactregistratie blijkt dat verzoeker toen geen (duidelijk) antwoord op zijn vraag heeft gekregen. Uit de tweede registratie blijkt dat nog diezelfde dag de verzekeringsvoorwaarden aan verzoeker zijn gestuurd, waarbij is verwezen naar pagina 6 (vergoeding van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder). Op basis van het voorgaande concludeert de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker vóór de operatie op de hoogte was van de vergoeding. Verzoeker heeft tevens, voordat de ingreep plaatsvond, van de ziektekostenverzekeraar een link naar de lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg 2014 gekregen en later (toen de bedragen bekend waren) naar de lijst voor 2015.
- Voor de door verzoeker in België ontvangen zorg is zorgproductcode 131999052 met omschrijving *"Heupoperatie of inbrengen van een heupprothese tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van het botspierstelsel"* (declaratiecode 15B034) vastgesteld. Deze DOT valt onder het B-segment, waarbij de tarieven als gezegd onderhandelbaar zijn.
- Ingevolge de lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg bedroeg de vergoeding voor zorgproductcode 131999052 in 2014 € 4.812,19, en in 2015 € 6.015,23 (75% van het marktconforme tarief), substantieel hoger dus.
- Gezien het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar van mening dat hij, voor zover dit op dat moment mogelijk was, verzoeker correct heeft geïnformeerd over de hoogte van de mogelijke vergoeding voor de ingreep.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met het ziekenhuis in België. Het ziekenhuis heeft bevestigd dat gebruik is gemaakt van de EHIC.
- De EHIC is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland. Alsdan bestaat aanspraak op noodzakelijke medische zorg in een EU-/EER-land en Zwitserland. Het gaat dan om zorg die in het wettelijk verzekeringspakket van dat land valt, vergelijkbaar met wat in Nederland het basispakket is. De wettelijke regelingen van de landen verschillen: in sommige landen is de zorg gratis, en in andere landen betaalt men een deel van de kosten (eigen bijdrage). Sommige landen kennen nog het systeem van klassendekking. Men ligt dan bijvoorbeeld in een een- of tweepersoonskamer en/of wordt behandeld door een chef-arts. Deze kosten komen *niet* voor vergoeding in aanmerking via het zorgstelsel van het betreffende land en zijn voor eigen rekening. Ziekenhuizen laten patiënten daarom meestal vooraf tekenen voor de betaling van deze kosten. De EHIC is niet bedoeld voor planbare zorg, zoals in de situatie van verzoeker. Het ziekenhuis in België heeft de EHIC echter wel geaccepteerd.
- 5.4. Naast de bij verzoeker in rekening gebrachte kosten, is een groot gedeelte van de kosten via de EHIC bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Kosten die via de EHIC zijn gedeclareerd, worden niet tevens bij een verzekerde in rekening gebracht.
- Een gedeelte van de kosten van de ingreep is zodoende door het Belgische ziekenfonds vergoed en vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd (via de EHIC). Verzoeker heeft gekozen voor een eenpersoonskamer. Een (groot) deel van de in rekening gebrachte bedragen betreft kosten voor de eenpersoonskamer en de bij die keuze horende supplementen. Deze kosten komen niet voor vergoeding in aanmerking, omdat geen sprake is van verzekerde zorg.
- Vergoed zijn de kosten die op de nota's onder het kopje 'Ten laste van Ziekenfonds' staan. Deze zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed via het Belgische ziekenfonds. Verder zijn vergoed de kosten die op de nota onder het kopje 'Ten laste van de patiënt - Persoonlijke tussenkomst' staan. Dit zijn kosten die onder het Belgische systeem eigen bijdragen zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten vergoed aan verzoeker. Tevens zijn aan verzoeker de supplementen (kosten) voor farmaceutische zorg betaald.

	Ziekenfonds	Persoonlijke tussenkost	Supplementen
Factuur 845087	€ 1.931,60	€ 178,77	
Factuur 4436	€ 43,--		€ 82,79
Factuur 155910	€ 2.088,11	€ 577,92	

De totale vergoeding bedraagt dus € 4.902,19.

Na de operatie heeft dr. Janssens verzoeker een heupbrace aangemeten. Indien vanuit een Nederlands ziekenhuis na een operatie een brace wordt voorgeschreven/aangemeten, zijn de kosten hiervan opgenomen in het tarief dat geldt voor het zorgproduct. In België is dit niet het geval. De kosten van bijvoorbeeld een brace worden apart in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar is tot het oordeel gekomen dat vergoeding van de kosten van de brace niet had mogen worden geweigerd. Een bedrag van € 700,55 is daarom aan verzoeker nabetaald. Als gezegd worden de supplementen niet vergoed. Echter, de supplementen voor farmaceutische zorg vormen hierop een uitzondering. Gebleken is dat op factuur 845087 een bedrag van € 91,83 aan supplementen voor farmaceutische zorg is opgenomen. Dit bedrag is aan verzoeker nabetaald. Supplementen voor farmaceutische zorg houden namelijk geen verband met de keuze van verzoeker voor een eenpersoonskamer.

Op 16 juli 2015 is bij verzoeker een bedrag van € 650,-- in rekening gebracht. Bovenaan de betreffende brief is vermeld 'Ereloonnota', en in de brief staat dat de kosten de heupoperatie betreffen. De kosten zijn verder niet gespecificeerd. Voor zover kan worden nagegaan, is een ereloonnota ook een supplement in verband met de keuze voor een eenpersoonskamer. Deze kosten komen derhalve niet voor vergoeding in aanmerking.

- 5.5. Het is juist dat de mogelijke vergoeding in dit geval maximaal € 6.015,23 bedraagt. Het is ook juist dat, de nabetalen in aanmerking nemende, dit bedrag niet wordt bereikt. De ziektekostenverzekeraar vergoedt totaal € 5.694,57. Het bedrag van € 6.015,23 wordt niet bereikt omdat een groot deel van de kosten supplementen zijn die samenhangen met de keuze van verzoeker voor een eenpersoonskamer. Dergelijke kosten zijn in Nederland geen verzekerde zorg (ook niet in België overigens) en dienen door de verzekerde zelf te worden gedragen. Als verzoeker van mening is dat hij onvolledig of niet is geïnformeerd over deze kosten door het Belgische ziekenhuis, kan hij dit met het ziekenhuis of de arts aldaar bespreken. Voor zover verzoeker heeft willen betogen dat hij naar België moest omdat de operatie niet in Nederland kon plaatsvinden, wordt deze stelling door hem niet onderbouwd en door de ziektekostenverzekeraar nadrukkelijk bestreden. Tijdens de telefoongesprekken is dit, gezien hetgeen daarover is genoteerd, ook in het geheel niet ter sprake gekomen. Verzoeker heeft slechts gevraagd naar de hoogte van de vergoeding van een ingreep in België, en deze vraag is door de ziektekostenverzekeraar beantwoord.

- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut is besloten dat het ereloon wordt vergoed. Eerder werd al besloten de brace en de medicijnen te vergoeden. Er zal tot het bedrag van totaal € 6.015,23 worden aangevuld, zijnde 75% van het bij de DBC behorende tarief. Méér dan dit bedrag wordt nooit vergoed. Inmiddels is hiervan circa € 5.600,-- vergoed, zodat nog circa € 400,-- wordt nabetaald. Aan de Belgische mutualiteit is € 4.902,19 betaald. Voor het ontstane ongemak zijn verzoeker excuses aangeboden. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het verschil wordt verklaard doordat de kosten van de operatie in België hoger zijn dan die in Nederland.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en 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 ziektekostenverzekerder is gehouden de aanspraak alsnog tot een hoger bedrag in te willigen, in die zin dat een bedrag van € 1.993,84 - onder aftrek van de kosten van de brace en de medicijnen - aan verzoeker dient te worden nabetaald, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekerder gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering op pagina 9 tot en met 50.
- 8.3. Op pagina 30 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op medisch specialistische zorg omschreven. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen, laboratoriumonderzoek, mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

(…)

Welke zorgaanbieder

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

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.

(…) In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

(…)

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapt. (…)

- 8.4. Op pagina 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 83/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/ EERland of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
 - *recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of*
 - *vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*
- (...)*

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig.

(...)"

- 8.5. Op pagina 6 en 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de hoogte van de vergoeding omschreven indien zorg wordt genoten bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, dan vergoedt Menzis de kosten tot een maximumbedrag. Menzis vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

(...)"

- 8.6. Voormelde passages in de voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel A1 en de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 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. De artikelen 19 en 20 Vo. nr. 883/2004 luiden, voor zover hier van belang:

"Artikel 19

*1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
(...)*

Artikel 20

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

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

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoeker is naar België, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004.

9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de heupoperatie telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid hij heeft geïnformeerd naar de vergoeding. Deze gesprekken hebben, volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar, op 26 en 31 maart 2015 plaatsgevonden, hetgeen door verzoeker niet is weersproken. Volgens verzoeker is bij die gelegenheden aan hem medegedeeld dat voor de heupoperatie een vergoeding zou worden verleend van 75% van de kosten. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde gespreksnotities blijkt dat aan verzoeker in algemene zin is medegedeeld dat 75% van het Nederlands tarief wordt vergoed, waarbij een marge is genoemd en is vermeld dat het risico bestaat dat kosten voor eigen rekening blijven.
De commissie concludeert op basis hiervan dat niet kan worden gesproken van een verzoek om toestemming, laat staan dat een zodanige toestemming is verleend. Gelet op de jurisprudentie van het Europese Hof (Stamatelaki, zaak C-444/05) mist artikel 20 Vo. nr. 883/2004 derhalve toepassing.

9.3. Verzoeker heeft zich tot de arts in België gewend en is op 14 april 2015 geopereerd aan zijn heup. Daarbij heeft verzoeker - in zijn onwetendheid - zijn EHIC getoond. Het Belgische ziekenhuis heeft de EHIC geaccepteerd, in die zin dat de heupoperatie via het Belgische uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering is gedeclareerd (de 'EHIC-weg'). De ziektekostenverzekeraar heeft

contact opgenomen met het Belgische ziekenhuis, en deze heeft bevestigd dat gebruik is gemaakt van de EHIC.

De situatie waarin gebruik kan worden gemaakt van de EHIC is die waarin sprake is van medisch noodzakelijke zorg tijdens het verblijf in een andere EU-lidstaat (artikel 19 Vo. nr. 883/2004). In het onderhavige geval betrof het, als gezegd, planbare zorg. Het is derhalve feitelijk niet juist dat het Belgische ziekenhuis via de 'EHIC-weg' de heupoperatie heeft gedeclareerd. De commissie merkt hierbij nog op dat het niet aan haar is te oordelen over het handelen van de Belgische zorgverlener of over de vergoeding die op grond van het Belgische sociale ziektekostenstelsel is verleend. De commissie wenst hierbij nog wel aan te tekenen dat de vergoeding via de 'EHIC-weg', anders dan verzoeker veronderstelt, uiteindelijk een vergoeding door de ziektekostenverzekeraar inhoudt. Het Belgische uitvoeringsorgaan brengt de zorgkosten namelijk in Nederland in rekening bij het Zorginstituut, en het Zorginstituut berekent die kosten weer door aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar is nagegaan welk bedrag via de 'EHIC-weg' is gedeclareerd - te weten € 4.902,19 - en vergoed, en heeft een aanvullende vergoeding van € 700,55 ter zake van de brace en van € 91,83 voor medicijnen verleend. Hiermee staat tevens vast dat de heupoperatie die verzoeker in België heeft ondergaan een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering vormt, en dat verzoeker hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had.

- 9.4. Rest de vraag of verzoeker ten laste van de zorgverzekering aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van de vergoeding uitgegaan van de DBC-zorgproductcode 131999052 met als omschrijving "*Heupoperatie of inbrengen van een heupprothese tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van het botspierstelsel*". 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 en het advies van het Zorginstituut van 14 oktober 2016, de meest passende.
Het bijbehorende tarief is volgens de 'Lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders' (2015) € 6.015,23. Genoemd tarief is 75% van het marktconforme tarief van € 8.020,31. Aangezien verzoeker een naturapolis bij de ziektekostenverzekeraar heeft afgesloten, en hij gebruik heeft gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is terecht een korting van 25% toegepast.
- 9.5. Anders dan verzoeker kennelijk veronderstelt, heeft hij niet zonder meer aanspraak op het bedrag van € 6.015,23. Het betreft hier de maximale vergoeding voor zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt. Uit de overgelegde stukken blijkt dat aan verzoeker - separaat van de declaratie via de 'EHIC-weg' - zorgkostennota's zijn gezonden. Het gaat daarbij onder meer om een nota ten bedrage van € 650,-, afkomstig van dr. Janssens in verband met ereloon, een nota ten bedrage van € 3.023,06 van het Belgische ziekenhuis, en een nota ten bedrage van circa € 570,- van het Belgische ziekenhuis vanwege het gebruik van een eenpersoonskamer. Naar de commissie begrijpt maakt verzoeker aanspraak op vergoeding van deze kosten.
De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut van 14 oktober 2016 het ereloon supplement wordt vergoed. Zodoende wordt een aanvullende vergoeding verleend tot maximaal het bedrag van € 6.015,23.
Op basis van voormeld advies van het Zorginstituut blijkt verder dat de kosten van gebruik van een eenpersoonskamer en de bijbehorende supplementen niet voor vergoeding op grond van de zorgverzekering in aanmerking komen.
Aan verzoeker werd via de 'EHIC-weg' reeds € 5.694,57 vergoed. Aangezien het berekende ereloon voor vergoeding in aanmerking komt heeft verzoeker aanspraak op een nabetaling van € 320,66 en dit bedrag is reeds door de ziektekostenverzekeraar toegezegd. Het meerdere blijft voor rekening van verzoeker.
- 9.6. De stelling van verzoeker ter zitting dat - na de toezegging van de ziektekostenverzekeraar een aanvullende vergoeding te verlenen - nog immer een aan hem te betalen bedrag van circa € 1.200,- resteert, kan de commissie niet volgen. Partijen zijn immers niet verdeeld over het marktconforme

tarief van € 6.015,23 en de ziektekostenverzekeraar heeft uiteindelijk een vergoeding verleend tot dit bedrag, dat overigens ook door verzoeker werd gevorderd.
Hetgeen verder door verzoeker is aangevoerd, met name de beschikbaarheid van de zorg in Nederland en zijn verwijzing naar artikel 56 VWEU behoeft derhalve geen bespreking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat op basis van die verzekering geen hogere vergoeding kan worden verleend.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een bedrag van totaal € 6.015,23 dient te vergoeden, zijnde het correcte tarief voor de onderhavige zorg. Dit betekent dat hij nog aanspraak heeft op een nabetaling van € 320,66. Het meer of anders door verzoeker gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.8 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 14 december 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester