



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, preoperatief onderzoek in verband met aortaklepchirurgie, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201500932

Zittingsdatum : 6 april 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 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,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,  
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 grond van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Vrije Keuze Topfit en Privé Kamer afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een preoperatief onderzoek in verband met aortaklepchirurgie, uitgevoerd te Gent, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de behandeling die plaatsvond tussen 16 juni 2014 en 19 juni 2014, gedeeltelijk wordt vergoed, en wel tot een bedrag van € 3.394,78.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 11 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een aanvullend bedrag te vergoeden van € 148,86 voor het intercollegiale consult door de longarts en € 103,29 voor het intercollegiale consult door de KNO-arts.
- 3.4. Bij brief van 12 november 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 februari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 februari 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 februari 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 maart 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016020559) 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 is uitgegaan van het juiste DBC-zorgproduct. 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 6 april 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 8 april 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 stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 13 april 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

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

- 4.1. De behandelend cardioloog bij het AZ Sint-Lucas te Gent heeft op 23 juni 2014 ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *“Uw patiënt werd zoals gepland opgenomen voor een preoperatieve uitwerking naar klepchirurgie toe en dit naar aanleiding van klachten van verminderde inspanningsintolerantie bij afwijkende cyclo-ergometrie. Het invasief onderzoek bevestigt de aanwezigheid van een significante aortaklepstenose. Er is echter geen bijkomend coronair lijden. Patiënt komt in aanmerking voor klepchirurgie. De verdere preoperatieve onderzoeken leverden een bilateraal midgradig carotislijden op, welke in de toekomst zeker goed dient opgevolgd te worden. Op stomatologisch vlak is er momenteel nog een contra-indicatie voor de geplande ingreep: voorafgaand zullen eerst nog wortelresten verwijderd worden en een tandsteenreiniging uitgevoerd worden bij de tandarts. Beide behandelingen werden gepland. (...) Een afspraak werd gemaakt bij dr. (...), cardiochirurg in het A.Z. Maria-Middelares op 04.07.14 voor verdere bespreking en planning van de heelkundige ingreep. (...)”*
- 4.2. Verzoeker woont in Zeeuws-Vlaanderen, waar maar één ziekenhuis is, dat niet alle medisch-specialistische hulp kan leveren. Daarom heeft hij al ruim dertig jaar een Belgische huisarts en bezoekt hij Belgische ziekenhuizen.  
Op 14 juni 2014 werd verzoeker tijdens een cardiologisch onderzoek in het AZ Sint-Lucas te Gent onwel, en constateerde de cardioloog dat de aortaklep diende te worden vernieuwd. Na een gesprek met de chirurg in het AZ Maria-Middelares te Gent, werd besloten in het AZ Sint-Lucas uitgebreid onderzoek te laten doen. Dit om enige vorm van infectie te voorkomen die zich op de nieuwe aortaklep, die is vervaardigd van dierlijk weefsel, zou kunnen vastzetten. Van 16 juni 2014 tot en met 19 juni 2014 is verzoeker in verband hiermee opgenomen geweest. Eén van de onderzoeken

betrof een screening van het gebit, waaruit bleek dat een wortelbehandeling noodzakelijk was. Dit onderzoek vond plaats in een kliniek waar verzoeker met een ambulance naar is vervoerd.

- 4.3. Met alleen een screening van hart- en vaataandoeningen zou de chirurg niet hebben geopereerd. De ziektekostenverzekeraar heeft echter wel een DBC-zorgproduct gehanteerd dat op een dergelijk onderzoek is gebaseerd. Later zijn hier twee codes bijgekomen voor intercollegiale consulten door de longarts en de KNO-arts. De gehanteerde DBC-zorgproducten zijn echter niet juist, omdat hierin bepaalde onderzoeken, behandelingen en consulten niet zijn meegenomen.
- 4.4. Verzoeker gaat al vele jaren naar Belgische ziekenhuizen, en altijd zijn de meerkosten van het verblijf op een eenpersoonskamer volledig vergoed. Ook de aansluitende hartoperatie in het AZ Maria-Middelares te Gent is, inclusief ligdagen op een privékamer, volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Voor het verblijf in het AZ Sint-Lucas gaat de ziektekostenverzekeraar om voor verzoeker onbegrijpelijke redenen ineens uit van een vergoeding van € 250,- per dag voor het verblijf op een eenpersoonskamer. Deze vergoeding volgt niet uit de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering en is niet eerder door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld.
- 4.5. Door de ziektekostenverzekeraar is aan verzoeker een vergoeding toegezegd van € 1.859,29 in verband met hartrevalidatie. Hiervan heeft verzoeker echter geen gebruik gemaakt omdat zijn conditie zo snel verbeterde dat hij in zijn eigen tempo thuis mocht revalideren, zonder begeleiding en derhalve zonder verdere kosten. Het moet voor de ziektekostenverzekeraar ook om deze reden zeer goed mogelijk zijn de kosten voor de preoperatieve onderzoeken, de open hartoperatie en de revalidatie als één geheel te beschouwen en hiervoor alsnog een volledige vergoeding te verlenen.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald, en heeft hij toegelicht dat zijns inziens andere DBC-zorgproducten kunnen worden gehanteerd, hetgeen leidt tot een hogere vergoeding. Hij komt aan vier te vergoeden codes. Als deze worden toegepast, komt de vergoeding in de buurt van de gemaakte kosten.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft aan de hand van het behandelverslag voor de opname van 16 juni 2014 tot en met 19 juni 2014 het DBC-zorgproduct 219899033 vastgesteld met als omschrijving: "*Screening cardiovasc risicofactoren | Klin kort | Overig screening*" met een bijbehorend tarief van € 2.394,78. Dit betreft het gemiddelde passantentariaf van vijftien ziekenhuizen. De ziektekostenverzekeraar gaat van deze tarieven uit omdat hij geen naturaverzekeringen aanbiedt waarbij na onderhandeling over de tarieven contracten worden gesloten met zorgaanbieders. Bedoelde passantentarieven liggen hoger dan de tarieven die andere verzekeraars met zorgaanbieders afspreken.
- 5.2. Verzoeker heeft de aanvullende verzekering Privé Kamer afgesloten, die dekking biedt voor de kosten van verpleging in een eenpersoonskamer in Nederlandse ziekenhuizen. Om de verzekerden die zich in een ziekenhuis net over de grens laten behandelen tegemoet te komen, vergoedt de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 250,- per ligdag per verzekerde. Het gemiddelde Nederlandse tarief voor een privékamer bedraagt € 125,- per dag. De ziektekostenverzekeraar vergoedt derhalve twee keer dit bedrag. Deze informatie is niet terug te vinden in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Aangezien verzoeker vier ligdagen heeft gehad, is aan hem ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding verleend van € 1.000,-.
- 5.3. In Nederland is het intercollegiaal consulteren van de longarts dan wel de KNO-arts niet standaard bij een ingreep zoals bij verzoeker is uitgevoerd. In zijn situatie zijn deze artsen echter wel geconsulteerd. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar besloten voor het consult door de

longarts een bedrag te vergoeden van € 148,86 aan de hand van het DBC-zorgproduct 990003012 en voor het consult door de KNO-arts een bedrag van € 103,29 aan de hand van het DBC-zorgproduct 990003005.

5.4. Verzoeker stelt dat de preoperatieve onderzoeken, de hartoperatie en de daaropvolgende revalidatie als één geheel moeten worden gezien en dat de gemaakte kosten om die reden volledig dienen te worden vergoed. Indien sprake zou zijn geweest van één behandeltraject op verschillende locaties, zou verzoeker echter slechts één nota hebben ontvangen. Het gegeven dat hij verschillende nota's heeft ontvangen, wijst erop dat het niet gaat om één behandeltraject.

De zorgverlener moet de patiënt informeren over de verschillende tarieven, onder andere verwerkt in het ereloonsupplement. Deze supplementen komen in België niet voor vergoeding in aanmerking vanuit de Belgische mutualiteit, maar zijn volledig voor rekening van de patiënt. Patiënten dienen hiervoor een formulier te ondertekenen. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat verzoeker dit formulier heeft ondertekend en derhalve op de hoogte was van de wijze van factureren door het AZ Sint-Lucas.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de voorwaarden ieder jaar door de NZa worden goedgekeurd. De werkwijze voor het vaststellen van de hoogte van de vergoeding aan de hand van de passantentarieven van vijftien ziekenhuizen, is in de voorwaarden opgenomen. De ziektekostenverzekeraar kan niet aansluiten bij gecontracteerde tarieven, omdat hij geen contracten sluit. Er zijn ziekenhuizen die hele hoge of hele lage tarieven hanteren. De ziektekostenverzekeraar gaat ergens in het midden zitten. De reden dat de onderhavige nota zo hoog is, is dat het niet gaat om een geconventioneerde zorgverlener. De zorgverlener rekent zijn eigen tarieven, vergelijkbaar met de Chefarzt in Duitsland. In Nederland kennen wij zo'n klassensysteem niet. Soms gaan hierdoor tarieven twee keer over de kop. In België is de arts verplicht zijn patiënten hierover te informeren. Over de door verzoeker genoemde codes heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat niet twee codes tegelijk kunnen worden geopend. De ziektekostenverzekeraar heeft de andere code ook gezien, maar hieraan hangt een lagere vergoeding, zodat verzoeker slechter af is indien hiervoor wordt gekozen.

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 artikel 10 van de zorgverzekering en 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 26 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdgezondheidszorgarts of consultatiebureau-arts, behalve bij onvoorziene behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan een verloskundige ook verwijzen. (...)"*

8.4. Artikel 25 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.*

*(...)*

*lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:*

- 1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of*
- 2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2. (...)"*

8.5. Artikel 1 lid 2 van de zorgverzekering luidt:

*"ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:*

- 1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of*
  - 2. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*
- Voor verpleging en verzorging die worden vergoed in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) zoals bedoeld in artikel 7 lid 2 geldt echter de maximale vergoeding vermeld in het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging."*

8.6. De artikelen 1 lid 2, 5 en 25 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.

Artikel 2.2 Bzv luidt:

*"1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.*

*2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:*

- a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;*
- b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten".*

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 18 van de aanvullende verzekering Vrije Keuze Topfit regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"Voorziene behandelingen*

*ONVZ vergoedt de kosten:*

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de Basisverzekering, als de zorg is verleend in een door ONVZ erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Het overzicht van door ONVZ erkende ziekenhuizen kan tussentijds wijzigen. Het meest actuele overzicht kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op [www.onvz.nl/polisvoorwaarden](http://www.onvz.nl/polisvoorwaarden);*
- van ziekenvervoer als vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering. Deze behandeling vindt plaats in een ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. ONVZ vergoedt het vervoer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. ONVZ vergoedt taxivervoer of € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan ONVZ het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten). Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed;*
- die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. (...)"*

- 8.10. Artikel 5 van de aanvullende verzekering Privé Kamer luidt, voor zover hier van belang:

*"lid 1 Als u in Nederland woont, maar kiest voor opname in een ziekenhuis in België, Duitsland of Frankrijk, bestaat dekking voor de extra kosten van verblijf in een eenpersoons- of tweepersoonskamer, als die voor het specialisme waar u wordt opgenomen, aanwezig is. De opname moet medisch noodzakelijk zijn voor specialistisch onderzoek of behandeling. Voor vergoeding moet u aan ONVZ een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of tweepersoonskamer overleggen. (...)"*

- 8.11. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

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

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

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoeker heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar 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. Tussen partijen is niet in geschil dat een preoperatief onderzoek in verband met aortaklepchirurgie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de hoogte van de verleende vergoeding. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding voor de opname van 16 juni 2014 tot en met 19 juni 2014 is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van het DBC-zorgproduct 219899033 met als omschrijving: *"Screening cardiovasc risicofactoren | Klin kort | Overig screening (...) Maximaal 5 verpleegligdagen bij een specifiek screeningsonderzoek"*. Het gehanteerde DBC-zorgproduct komt de commissie - gelet op de bij verzoeker uitgevoerde onderzoeken en het advies van het Zorginstituut van 14 maart 2016 - juist voor. De stelling van verzoeker dat andere DBC-zorgproducten, al dan niet in combinatie, passender zijn, treft derhalve geen doel. Genoemd DBC-zorgproduct betreft een zorgproduct uit het B-segment, waarbij de tarieven doorgaans tot stand komen door onderhandelingen tussen verzekeraars en de door hen gecontracteerde zorgaanbieders. Omdat de ziektekostenverzekeraar geen naturaverzekeringen aanbiedt en derhalve geen contracten met zorgaanbieders heeft gesloten, gaat hij uit van het gemiddelde van de passantentarieven van vijftien Nederlandse ziekenhuizen. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat het bij dit DBC-zorgproduct behorende gemiddelde tarief € 2.152,65 bedraagt. Dit bedrag is aan verzoeker vergoed. Voor het consult door de longarts heeft de ziektekostenverzekeraar het DBC-zorgproduct 990003012 gehanteerd, met als omschrijving: *"ICC longgeneeskunde | ICC (...) Raadpleging door longgeneeskunde bij/via een bezoek tijdens opname"* en voor het consult door de KNO-arts het DBC-zorgproduct 990003005 met als omschrijving: *"ICC KNO | ICC (...) Raadpleging door KNO bij/via een bezoek tijdens opname"*. Beide codes zijn eveneens afkomstig uit het B-segment, en kennen volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar bijbehorende tarieven van € 148,86 respectievelijk € 103,29. Ook deze DBC-zorgproducten komen de commissie juist voor.
- 9.5. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de wijze van vaststellen van het marktconforme tarief - op basis van het gemiddelde passantentarief van vijftien ziekenhuizen - vastgelegd in de voorwaarden van de zorgverzekering, en hiermee - impliciet - goedgekeurd door de NZa. Artikel 1 lid 2 van de zorgverzekering vermeldt evenwel slechts dat indien geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag wordt vergoed. Hoe dit bedrag wordt vastgesteld, is echter niet in de voorwaarden opgenomen. Van belang is in dit verband dat het hier een 'zuivere' restitutiepolis betreft, waarin geen verwijzing is opgenomen naar gecontracteerde tarieven. Een door de ziektekostenverzekeraar te bepalen restitutievergoeding zoals bedoeld in artikel 13 Zvw is derhalve niet aan de orde. De vraag is dan ook welke vergoeding in dit geval dan wel van toepassing is. In artikel 2.2 Bzv is bepaald dat op de vergoeding in mindering (mogen) worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, en door verzoeker is niet bestreden, dat met name de meerkosten van een eenpersoonskamer en de supplementen die in rekening zijn gebracht in verband met de door een ongeconventioneerde arts



verleende zorg, kosten zijn die in de Nederlandse marktomstandigheden niet redelijk zijn te achten. De nota van het AZ Sint-Lucas vermeldt een bedrag van € 1.637,-- aan supplementen of andere bedragen, die met name bestaan uit de hiervóór vermelde kosten. Geconcludeerd kan worden dat dit deel van de nota niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Het overige deel van de nota betreft "aangerekende persoonlijke tussenkomsten". Gesteld noch gebleken is dat het bij deze kosten, ter grootte van € 3.987,62, gaat om niet verzekerde zorg dan wel dat het bedrag onredelijk hoog is. De ziektekostenverzekeraar is derhalve gehouden verzoeker ten laste van de zorgverzekering een vergoeding te verlenen tot dit bedrag, en hierop in mindering te brengen hetgeen reeds is vergoed (€ 2.152,65 + € 148,86 + € 103,29) dan wel ten laste komt van het (verplicht) eigen risico.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Artikel 18 van de aanvullende verzekering Vrije Keuze Topfit biedt dekking voor medisch-specialistische zorg in een door de ziektekostenverzekeraar erkend ziekenhuis, gevestigd binnen zestig kilometer van de Nederlandse grens. Het ziekenhuis waar de onderhavige behandeling heeft plaatsgevonden, het AZ Sint-Lucas te Gent, is geen door de ziektekostenverzekeraar erkend ziekenhuis. Verzoeker heeft om die reden geen aanspraak op een vergoeding tot kostprijs van de behandeling, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering Topfit.
- 9.7. De aanvullende verzekering Privé Kamer biedt bij opname in een ziekenhuis in België dekking voor de extra kosten van verblijf in een eenpersoonskamer. Gelet op de factuur van het ziekenhuis bedragen de meerkosten van het verblijf op een eenpersoonskamer € 37,-- per dag, hetgeen neerkomt op een bedrag van totaal € 148,--. De overige op de factuur genoemde kosten in verband met verblijf betreffen geen meerkosten voor een eenpersoonskamer. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt in de situatie van verzoeker derhalve dekking tot een bedrag van totaal € 148,--.
- De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel besloten verzoeker tegemoet te komen door hem een vergoeding te verlenen van € 250,-- per dag, hetgeen neerkomt op een bedrag van totaal € 1.000,--. De commissie zal in die beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet treden.
- 9.8. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat hij in het verleden steeds een volledige vergoeding heeft ontvangen voor behandelingen die hij in het buitenland onderging, zodat het hem bevreemdt dat de onderhavige kosten maar ten dele worden vergoed. De commissie beperkt zich echter tot de beoordeling van het thans voorliggende geschil, en kan niet treden in de vergoedingen die in het verleden aan verzoeker zijn verleend. Zoals hiervoor is vastgesteld, heeft verzoeker op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van € 3.987,62, en is ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering reeds een hogere vergoeding verleend dan die waarop hij volgens de voorwaarden recht heeft.
- Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat kosten van hartrevalidatie zijn bespaard, en dat zou moeten worden gekeken naar wat het gehele behandeltraject normaliter kost, geldt dat alleen een vergoeding kan worden verleend voor zorg die daadwerkelijk is afgenomen. De ziektekostenverzekeraar kan derhalve niet worden gehouden een vergoeding te verlenen voor klinische hartrevalidatie, ter dekking van de voor eigen rekening gebleven kosten van de preoperatieve onderzoeken, als deze zorg niet heeft plaatsgevonden.

### Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.10. 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, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.



Zeist, 11 mei 2016,



A.I.M. van Mierlo

