



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg, rugoperatie, hoogte vergoeding, marktconform tarief
Zaaknummer : 201700592
Zittingsdatum : 20 december 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 en 2.2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

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 verzoekster 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 was door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Vrije Keuze Topfit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 rugoperatie, uit te voeren te Münster (Duitsland), ten bedrage van € 10.245,-- (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 5 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, in die zin dat maximaal € 4.629,42 wordt vergoed.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 20 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten aan verzoekster een bedrag van € 783,38 na te betalen.
- 3.4. Bij brief van 20 juli 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door 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 9 oktober 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 oktober 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 november 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 11 oktober 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 9 november 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017046193) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat DBC zorgproductcode 131999267 het meest passend is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 14 november 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 december 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 22 december 2017 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 3 januari 2018 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. De radioloog heeft op 4 november 2016 het volgende over verzoekster verklaard: "(...) *Na posterieure fixatie en decompressie L4-L5-S1. Substenose duraalzak L3-L4 met hier (...) nu een mediolaterale discuss hernia en compromittering linker L4 wortel. (...)*"
- 4.2. De behandelend arts, dr. Abbink, heeft op 22 november 2016 het volgende over verzoekster verklaard: "(...) *Uw acuut verergerende lage rugklachten met hernieuwde pijn uitstraling naar het linker been worden veroorzaakt door een hernieuwd ontstane grote weke Prolaps met diep uittredende Sequester op het niveau L4/L5 links reikend tot intraforaminaal (Spoed MRI). Het eerder geopereerde niveau L3/L4 is vrij van compressie van de uittredende zenuw wortels. Ook op dit niveau is er sprake van epidurale Lipomatose met daardoor tevens een lichte insnoering van de duraal zak, echter zonder cauda compressie. Behandelpunten: Klinische opname over meerdere dagen met operatie: Verwijderen prolaps en Sequester op L4/L5 links. Kostenraming: Naar geldende Duitse DRG kliniek en GOA specialisten codes: 10.245,00 €.*"
- 4.3. Op 1 december 2016 heeft dr. Abbink het volgende over verzoekster verklaard: "*Aanvullend op het verslag van de Radioloog voor wat betreft de bij u hernieuwd gemaakt MRI hoort mijn volgende reactie: Het recent ontstane klachtenbeeld wordt niet geheel verklaard door de bevindingen van de laatste MRI. Op deze MRI ontbreekt nl. de dwarse doorsnede door het Segment L4/L5. Het neurologisch gekleurde klachten beeld moet slechts voor een klein deel worden toegeschreven aan de veranderingen op L3/L4, echter veel meer door de afwijkingen op L4/L5 welke, op de MRI slechts in 1 richting zijn weergegeven. Ons aanvullend discografisch [onderzoek] op Dinsdag 1 November liet op L3/L4 géén reactie zien, echter wel een sterk uitgesproken reactie op niveau L4/L5. Ook de differentierende wortel blockade liet op L3/L4 rechts géén verbetering zien; wel de blockade op L4/*"

L5 rechts. Het is daarom, dat naar mijn mening voornamelijk op het niveau L4/L5 naar de oorzaak van uw klachten moet worden gezocht. (...)"

- 4.4. De behandeling op vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, is op 13 december 2016 uitgevoerd. De klinische opname van verzoekster vond plaats van 13 december 2016 tot 16 december 2016.
- 4.5. De door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding is niet dekkend voor de uitgevoerde behandeling. Uit het operatieverslag en de nota blijkt duidelijk dat een tweetal ingrepen is uitgevoerd. Er was niet slechts sprake van een 'simpele' hernia. Verzoekster ervoer diverse klachten en deze bleken te herleiden naar andere mankementen. De ziektekostenverzekeraar richt zich slechts op één ingreep, hetgeen derhalve onjuist is. De behandelend arts heeft verklaard dat voor de operatie en klinische opname de volgende codes van toepassing zijn:
- DBC 029999032, declaratiecode 15B473, omschrijving 'niet nader omschreven tumor: grote weke, uitgebreide lipomatose L3/L4/L5', tarief € 10.922,60;
 - DBC 131999185, declaratiecode 15B480, omschrijving 'aandoening van botspierstelsel of bindweefsel op meerdere niveaus', tarief € 13.710,70.
- Voormelde tarieven dienen bij elkaar te worden opgeteld. Het notabedrag is € 10.245,-, en verzoekster maakt dan ook aanspraak op volledige vergoeding van de behandeling. Voorts stelt verzoekster dat het argument van de ziektekostenverzekeraar dat zij voorafgaande toestemming had moeten vragen en deze had moeten afwachten, vergezocht is. Verzoekster heeft tijdig een verzoek om toestemming ingediend en daarbij vermeld dat het om een spoedsituatie ging, maar de ziektekostenverzekeraar heeft lang gedaan over het nemen van een beslissing. Indien de operatie niet op 13 december 2016 zou zijn uitgevoerd, was dit half januari 2017 geworden. Verzoekster verging van de pijn en heeft om gezondheidsredenen ervoor gekozen de toestemming van de ziektekostenverzekeraar niet af te wachten, maar de operatie doorgang te laten vinden op 13 december 2016.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat bij eerdere operaties nooit is gevraagd naar een verwijskaart. Nu zij in Duitsland is behandeld heeft de ziektekostenverzekeraar wél hiernaar gevraagd. Dit bevreemdt haar. De ziektekostenverzekeraar heeft alleen het verslag van het MRI-onderzoek gelezen, maar heeft niet gekeken naar de medische informatie die op de cd-rom staat die verzoekster aan hem heeft overgelegd. *“Daar waar het om gaat, blijkt weliswaar niet uit het verslag, maar wel duidelijk uit de MRI-scan.”* Verzoekster heeft verschillende keren telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij zij hem heeft medegedeeld dat indien zij niet op 13 december 2016 kon worden geopereerd, zij moest wachten tot eind januari 2017. Tijdens één van deze gesprekken is door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar gezegd dat dokter Abbink creatief is in het sturen van rekeningen. Dit stoorde haar. Verzoekster merkt op dat de zorg in Nederland wordt gedeclareerd met DBC's. Dokter Abbink is een Duitse arts die de Nederlandse DBC's niet kent. Bovendien heeft dokter Abbink haar verteld dat hij het erg vindt dat hij 'met zijn billen bloot moet'. Immers de declaraties van Nederlandse zorgaanbieders worden door de ziektekostenverzekeraar niet zo streng gecontroleerd als van Duitse zorgaanbieders. Deze gang van zaken beschouwt verzoekster als discriminerend.
- 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 ziektekostenverzekeraar vertaalt de kosten van medisch-specialistische zorg in het buitenland naar een DBC zorgproduct. Hierbij hoort een tarief op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) dan wel een marktconform tarief. Een DBC zorgproduct wordt achteraf vastgesteld aan de hand van de beschikbare gegevens. De ziektekostenverzekeraar leidt een DBC zorgproductcode af aan de hand van de tariefapplicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit

(hierna: NZa). De diagnose, het aantal ligdagen en de verrichtingen worden ingevoerd en de tariefapplicatie leidt dit vervolgens naar een zorgproduct.

De vergoeding op grond van een DBC zorgproduct ziet op de volledige behandeling, dat wil zeggen van het eerste consult tot en met een eventuele behandeling in verband met complicaties.

In het buitenland kan de mogelijkheid bestaan van keuze voor een één- of tweepersoonskamer en voor behandeling door een hoofdarts (chefarts). Als een verzekerde hiervoor kiest, komen de bijbehorende meerkosten voor zijn rekening.

- 5.2. Verzoekster heeft een nota ingediend van € 10.245,- voor de rugoperatie in Duitsland. De genoemde verrichtingen laten zich het beste omschrijven als zorgactiviteiten 038808 en 030327. Deze zorgactiviteiten, tezamen met de ligdagen, leiden naar DBC zorgproductcode 131999267. Het bijbehorende tarief bedraagt € 4.629,42. Dit is het in Nederland geldende marktconforme tarief. De ziektekostenverzekeraar is tot dit bedrag gekomen door het gemiddelde van de passantentarieven van vijftien willekeurig gekozen ziekenhuizen in Nederland te berekenen.

De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat in de polisvoorwaarden het advies aan verzekerden is opgenomen om voorafgaand aan een behandeling in het buitenland na te gaan of men het juiste verzekeringsbewijs in zijn/haar bezit heeft, of men vooraf een formulier moet aanvragen en of er toestemming voor de behandeling van de ziektekostenverzekeraar nodig is. Het is jammer dat verzoekster niet voorafgaand aan de behandeling een aanvraag heeft ingediend. Had zij dit wel gedaan, dan had zij geweten dat de kosten van de behandeling niet volledig zouden worden vergoed.

Overigens is de verwijzing van de huisarts achteraf opgesteld. Verzoekster was op dat moment al onder behandeling bij dr. Abbink.

Verzoekster meent dat het ver gezocht is dat zij moest wachten op de toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Zij vindt dat lang is gedaan over het nemen van een beslissing.

De ziektekostenverzekeraar deelt deze mening niet. Op 25 november 2016 ontving hij een eerste aanvraag voor de operatie. Op 1 december 2016 is verzoekster gevraagd aanvullende informatie over te leggen, omdat de medische gegevens ontbraken. Deze informatie ontving de ziektekostenverzekeraar op 5 december 2016. Nog diezelfde dag heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster per e-mail geïnformeerd dat de vergoeding € 4.629,42 bedroeg, en is zij gewaarschuwd voor hoge meerkosten (in het buitenland).

- 5.3. In de fase van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is besloten om vanaf 1 januari 2017 de 'standaarddeviatie' toe te passen voor de berekening van het marktconforme tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft gekeken hoe rekening kan worden gehouden met het feit dat sommige ziekenhuizen voor bepaalde behandelingen zeer lage of hoge tarieven hanteren die niet als marktconform kunnen worden beschouwd (de zogenoemde 'uitbijters'). Daarbij is een statistische benadering gehanteerd waarbij voor de vijftien tarieven van elke declaratiecode de standaarddeviatie is berekend.

De standaarddeviatie is een rekenkundige maat voor de spreiding van de getallen rond het gemiddelde. Er wordt op deze manier een bandbreedte bepaald die als marktconform kan worden gezien. De bovengrens van deze bandbreedte wordt bepaald aan de hand van het gemiddelde tarief plus eenmaal de standaarddeviatie. Daarbij wordt het hoogste tarief dat zich binnen de bandbreedte van eenmaal de standaarddeviatie bevindt, vergoed (de bovengrens).

Ondanks dat verzoekster al in 2016 is behandeld, heeft de ziektekostenverzekeraar de standaarddeviatie toegepast op de onderhavige nota. Voor declaratiecode 15D651 is uitgekomen op een bedrag van € 5.412,80. Een overzicht van de standaarddeviatie voor genoemde code is overgelegd. Aan verzoekster is een bedrag van € 783,38 nabetaald.

De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de toepassing van de standaarddeviatie een methode is ter bepaling van het maximaal te vergoeden tarief dat *in redelijkheid passend is te achten* (artikel 2.2, tweede lid, aanhef en onder b, Bzv). De Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet vermeldt (pagina 104): "*Daarom zal [bij] amvb worden bepaald, dat recht op vergoeding van kosten van zorg slechts bestaat voor zover het door de verlener van de zorg in rekening gebrachte bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is. Er wordt derhalve een marktconform bedrag vergoed.*" Dit geeft het dwingendrechtelijk kader weer: een restitutie-zorgverzekeraar mag niet meer vergoeden dan het marktconforme tarief. De ziektekostenverzekeraar meent dat uit het voorgaande duidelijk blijkt dat

moet worden bepaald of wat zorgverleners in rekening brengen, niet onredelijk hoog is te achten. De norm van onredelijkheid geldt dus uitdrukkelijk in relatie tot de overige zorgaanbieders. De relevante markt is in casu de markt voor medisch-specialistische zorg. Aangezien alle zorgverleners verplicht zijn hun passantentarieven te publiceren (artikel 38 Regeling medisch-specialistische zorg, NR/REG-1805), bestrijken de passantentarieven de volledig relevante markt. Tarieven buiten de passantentarieven zijn dus niet mogelijk.

In de Nota van Toelichting bij artikel 2.2, tweede lid, aanhef en onder b, Bzv, wordt duidelijk gesteld dat: *"Voor zover voor de desbetreffende vorm van zorg geen Wtg-(maximum)tarief meer zal gelden, en de zorgverleners derhalve zelf hun prijs kunnen bepalen, zou dat echter kunnen leiden tot een vergoedingsplicht van onredelijk hoge rekeningen. Daarom zal in de hier bedoelde amvb worden bepaald, dat recht op vergoeding van kosten van zorg slechts bestaat voor zover het door de verlener van zorg in rekening gebrachte bedrag, in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedragen, niet onredelijk hoog is. Er wordt derhalve een marktconform bedrag vergoed."* Met het accepteren van ieder passantentarieff wordt geen rekening gehouden met de marktomstandigheden en redelijkheidstoets zoals hiervoor nader aangeduid en zouden in het geheel geen onredelijke tarieven kunnen bestaan.

Binnen de markt van medisch-specialistische zorg hanteert de ziektekostenverzekeraar de range van eenmaal de standaarddeviatie. Daarmee wordt een juiste invulling gegeven aan de norm van artikel 2.2, tweede lid, aanhef en onder b, Bzv. Tarieven die zich buiten de bandbreedte bevinden wijken dermate af van wat in de markt gebruikelijk is dat de ziektekostenverzekeraar deze als onredelijk hoog bestempelt en daarom als niet passend aanmerkt.

Als uitgangspunt voor de berekening worden de officiële, door de ziektekostenverzekeraar geverifieerde, passantentarieven gehanteerd, zoals die zijn gepubliceerd door de ziekenhuizen. De selectie van de ziekenhuizen is gebaseerd op regionale spreiding, aangevuld met twee academische ziekenhuizen en een algemeen ziekenhuis met als criterium de hoogste schadelast bij de ziektekostenverzekeraar. Dit geeft een adequaat beeld van de gehele markt.

Zoals bekend is een groot gedeelte van de zorgmarkt gecontracteerd en zijn gecontracteerde tarieven over het algemeen veel lager dan de gepubliceerde passantentarieven, hetgeen een prijsdrukkend effect heeft op de gehele markt, maar niet tot uitdrukking komt in de passantentarieven. De ziektekostenverzekeraar legt als 'zuivere' restitutieverzekeraar de lat voor de berekening dus hoger. Hierbij wordt opgemerkt dat ook een restitutieverzekeraar de verantwoordelijkheid heeft voor de betaalbaarheid van de zorg en het systeem, Met het accepteren van hogere bedragen dan hiervoor genoemd, zullen de kosten onevenredig stijgen.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het Zorginstituut in zijn voorlopig advies heeft bevestigd dat de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC heeft gebruikt voor het vaststellen van de vergoeding.

De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat voorafgaand aan de ingreep aan verzoekster is medegedeeld wat de maximale vergoeding van de onderhavige ingreep zou zijn.

De ziektekostenverzekeraar heeft de toepassing van de standaarddeviatiemethode toegelicht. Hij is van mening dat deze methode zelf niet in de polisvoorwaarden hoeft te worden opgenomen, omdat situaties als de onderhavige relatief weinig voorkomen. Bovendien heeft de verzekerde de mogelijkheid om vooraf contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar om te informeren naar de (hoogte van de) vergoeding.

De ziektekostenverzekeraar is van mening dat het de taak van de commissie is om te beoordelen of de ziektekostenverzekeraar met de standaarddeviatie een adequate invulling geeft aan zijn polisvoorwaarden en daarmee aan artikel 2.2, tweede lid, aanhef en onder b Bzv. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af waarom het hoogste passantentarieff als marktconform zou moeten worden beschouwd. Hij is dan ook van mening dat het begrip 'marktconform' restrictiever moet worden uitgelegd dan de interpretatie van de commissie in een eerder bindend advies. In de memorie van toelichting op de Zvw wordt duidelijk gesteld *"dat recht op vergoeding van kosten van zorg slechts bestaat voor zover het door de verlener van de zorg in rekening gebrachte bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag met onredelijk hoog is. Er wordt derhalve een marktconform bedrag vergoed."* Hiermee wordt dus duidelijk aangegeven dat er een directe relatie met de andere tarieven in de markt moet worden gelegd. Deze relatie mist geheel bij de interpretatie van de commissie.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de passantentarieven niet door de NZa worden gecontroleerd. Wel moeten deze tarieven worden gepubliceerd. Dat het hoogste passantentarif ergens op gebaseerd is, wil niet zeggen dat dit een redelijk tarief is ten opzichte van de tarieven van andere zorgaanbieders. De norm is dat het een marktconform bedrag moet zijn. Deze norm is door de ziektekostenverzekeraar nader ingevuld als een redelijk bedrag.

5.5. 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 Algemene bepalingen van de zorgverzekering, welk artikel van overeenkomstige toepassing is op 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 is gehouden de aanspraak alsnog volledig 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 deel B van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 6 van Deel B van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van 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. De hoofdbehandelaar is een medisch specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, een andere medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist-ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. (...)

lid 2 a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen.

ONVZ vergoedt de kosten voor medisch-specialistische zorg, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

*Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch specialist of elders. ONVZ vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
(...)"*

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

"Als u voor korte of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft, of u vooraf een formulier moet aanvragen en of voorafgaand aan de behandeling toestemming van ONVZ nodig is. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of www.onvz.nl/buitenland raadplegen.

lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de in dit deel B genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. Daarbij gelden ook de voorwaarden, die hiervoor bij de desbetreffende aanspraak vermeld staan. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2.

*Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Bovendien is zorg in het buitenland soms duurder dan vergelijkbare zorg in Nederland. Daardoor kan het voorkomen dat kosten van zorg in het buitenland geheel of gedeeltelijk voor uw eigen rekening blijven. Wij raden u daarom aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met het ONVZ Service Center als u een behandeling in het buitenland wilt ondergaan.
(...)"*

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. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.
(...)"*

- 8.5. Artikel 1 van Deel B van de zorgverzekering betreft de restitutiebasis van de verzekering en luidt, voor zover hier van belang:

*"lid 1 De Basisverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de in deel B beschreven kosten voor zorg en overige diensten. Daarbij zijn de bepalingen uit deel A-1 ook van toepassing. Binnen deze omschrijvingen bent u vrij in de keuze van zorgverlener.
Voor zorg in het buitenland geldt artikel 25.*

lid 2 ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:
1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
*2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.
(...)"*

- 8.6. De artikelen 1, 6 en 25 van Deel B van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de Algemene bepalingen van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, 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 en verder uitgewerkt in de artikelen 2.1 en 2.2 Rzv.

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 ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

lid 2 Voorziene behandelingen

ONVZ vergoedt de kosten:

*• van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 6 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 actuele overzicht kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden;
(...)"*

8.10. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

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

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

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster is naar Duitsland, 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 van Vo. nr. 883/2004.

Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie hierop medegedeeld maximaal het

Nederlandse marktconforme tarief te vergoeden. Hij heeft in zijn reactie niet gerefereerd aan Vo. nr. 883/2004 en nagelaten te beoordelen of aan verzoekster een S2-formulier diende te worden afgegeven.

De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar aldus niet correct heeft gereageerd op de aanvraag van verzoekster. Een aanvraag voor (vergoeding van de kosten van) een behandeling in een andere EU-lidstaat dient in de eerste plaats te worden beschouwd als een verzoek om toestemming in het kader van de verordening.

Aangezien toetsing aan Vo. nr. 883/2004 door de ziektekostenverzekeraar achterwege is gelaten, dient hij op grond van artikel 26, zesde lid, van Vo. nr. 987/2009 over te gaan tot tarifiering. Indien tarifiering leidt tot vergoeding en de daadwerkelijke kosten hoger zijn, zal nog moeten worden nagegaan of verzoekster op grond van artikel 25 van Deel B van de zorgverzekering mogelijk aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding tot maximaal het Nederlandse tarief, voor zover althans aan de overige voorwaarden van de zorgverzekering is voldaan. Hierbij is met name van belang dat de kosten worden vergoed op basis van de laagste klasse en dat de zorgverzekering geen vergoeding kent voor de kosten van een chef-arts. Ten aanzien van de vergoeding op basis van de zorgverzekering geldt verder het volgende.

- 9.2. Niet in geschil is dat de door verzoekster in Duitsland ondergane rugoperatie een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering vormt, en dat verzoekster hiervoor een indicatie had. Voor de betreffende zorg is door de ziektekostenverzekeraar DBC zorgproductcode 131999267 (declaratiecode 15D651) vastgesteld. Deze code heeft als omschrijving: "*Overige operaties aan de lage rug, waaronder lage rughernia, tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel*". Partijen verschillen van mening over het van toepassing zijn van deze code. Volgens verzoekster behelst dit zorgproduct slechts de helft van de uitgevoerde behandeling, aangezien twee ingrepen zijn uitgevoerd. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 9 november 2017 verklaard dat de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC zorgproductcode passend is. De commissie sluit aan bij dit advies.
- De stelling van verzoekster dat voor de behandeling een tweetal DBC zorgproductcodes van toepassing zijn wordt derhalve gepasseerd. Voormelde DBC zorgproductcode wordt passend geacht voor de uitgevoerde behandeling en behelst alle zorgactiviteiten die in Duitsland hebben plaatsgevonden.
- 9.3. Nu hiervoor de DBC zorgproductcode voor de onderhavige zorg is vastgesteld, dient de vraag te worden beantwoord welk tarief bij deze code hoort.
- Verzoekster heeft een restitutiepolis bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten; de ziektekostenverzekeraar is een restitutieverzekeraar. Een restitutiepolis geeft in beginsel aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg.
- In artikel 11 Zvw wordt onderscheid gemaakt tussen zogenoemde naturapolissen en restitutiepolissen. Er zijn ook mengvormen, zoals de restitutiepolis met gecontracteerde zorg. Ten aanzien van de 'zuivere' restitutiepolis geldt dat uit artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv volgt dat de zorgverzekeraar gehouden is de gedeclareerde kosten van zorg of een andere dienst te vergoeden, tenzij de kosten hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Partijen zijn het erover eens dat het hier een 'zuivere' restitutiepolis betreft, doch verschillen van mening over welk bedrag in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor een rekenmethode ontwikkeld.
- 9.4. In aansluiting op een eerder bindend advies (GcZ 5 april 2017, 201602189), is de commissie van oordeel dat het niet past dat verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een restitutiepolis heeft afgesloten, en dat de ziektekostenverzekeraar bij de berekening van het marktconforme tarief weliswaar uitgaat van passantentarieven, doch daar vervolgens de standaarddeviatie op toepast om de 'uitschieters' eruit te filteren. Het is correct dat de passantentarieven van ziekenhuizen het uitgangspunt vormen, aangezien het hierbij veelal gaat om de hoogste tarieven die door de ziekenhuizen rechtsgeldig in rekening mogen worden gebracht. Echter, toepassing van de standaarddeviatie is vervolgens niet aan de orde. Immers, ook het hoogste tarief dat hierbij wordt gehanteerd zal in voorkomend geval door de ziektekostenverzekeraar moeten worden vergoed,

terwijl dit tarief bij de toegepaste berekening wordt verlaagd tot een gemiddelde. Voorts valt niet in te zien waarom hierbij specifiek van deze vijftien ziekenhuizen zou moeten worden uitgegaan. Uit het voorgaande volgt dat bij de bepaling van de hoogte van de - aanvullende - vergoeding op grond van de zorgverzekering (na tarifiering) dient te worden uitgegaan van het hoogste Nederlandse passantentariaf, behorend bij de onder 9.2 bepaalde DBC zorgproductcode. De commissie tekent hierbij nog aan dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat er in dat geval "geen onredelijke tarieven kunnen bestaan" geen doel treft. De ziektekostenverzekeraar miskent hiermee dat in Nederland een wettelijk kader bestaat, te weten de Wet marktordening gezondheidszorg, en dat de zorgverzekering een werelddekking kent. Zoals hiervoor reeds is overwogen, is ook het hoogste passantentariaf nog passend binnen het wettelijk kader en heeft de verwijzing naar de Nederlandse marktomstandigheden wel degelijk belang indien de zorg in het buitenland is genoten. Dat de passantentarieven door de NZa niet inhoudelijk worden beoordeeld, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, doet aan het voorgaande niet af. Ook het argument van de kostenbeheersing moet worden gepasseerd, waarbij overigens geldt dat een eventuele hogere vergoeding op basis van het restitutiekarakter van de verzekering wordt verdisconteerd via de premie, die in het algemeen hoger zal zijn. Zoals de ziektekostenverzekeraar zelf al stelt, zijn de tarieven bij gecontracteerde zorgaanbieders meestal lager en om die reden zal de premie voor een natura- of mixpolis ook lager kunnen zijn dan voor een 'zuivere' restitutiepolis.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg, als de zorg is verleend in een door de ziektekostenverzekeraar erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. In het onderhavige geval is geen sprake van zorg die is verleend in een door de ziektekostenverzekeraar erkend ziekenhuis, zodat geen aanspraak bestaat op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden te tarifieren en - indien de uitkomst hiervan lager is dan de werkelijke kosten - een aanvullende vergoeding te verlenen op grond van de zorgverzekering, waarbij het uitgangspunt vormt het hoogste passantentariaf dat in 2016 gold voor DBC zorgproduct 131999267 (declaratiecode 15D651), en overigens met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.6 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 24 januari 2018,

P.J.J. Vonk