



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. en De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden
Zaak : EU/EER, Oostenrijk, medisch-specialistische zorg, operaties knie, hoogte vergoeding, marktconform tarief
Zaaknummer : 201601814
Zittingsdatum : 22 november 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 19 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
- 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. te Leeuwarden, 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 Basisverzekering restitutiepolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de Aanvullende Modules Spieren & Gewrichten (€ 500,-) en Tand ongeval afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een drietal operaties aan de rechterknie, uitgevoerd te Graz (Oostenrijk), ten bedrage van totaal € 11.577,62 (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 25 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat maximaal € 6.485,57 wordt vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 30 mei en 30 augustus 2016 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 is overgegaan tot tarifiering, hetgeen niet heeft geresulteerd in een hogere vergoeding.
- 3.4. Bij brief van 3 juni 2017 heeft verzoeker 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 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 26 september 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 oktober 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 november 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 2 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 31 oktober 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017044785) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat DBC-zorgproduct 131999282 (declaratiecode 15E773) met omschrijving *'ziekenhuisopname met meer dan 5 verpleegdagen bij een beschadiging van de meniscus/ (kruis)banden van de knie'* het meest passend is bij de uitgevoerde ingrepen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 1 november 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker ende ziektekostenverzekeraar zijn op 22 november 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. Omdat ter zitting bleek dat de ziektekostenverzekeraar het advies van het Zorginstituut nog niet had kunnen bestuderen, heeft de commissie hem in de gelegenheid gesteld hierop binnen één week schriftelijk te reageren.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 december 2017 per e-mail gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Een afschrift van deze reactie is op 1 december 2017 aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft zijn reactie bij brief van 11 december 2017 aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 13 december 2017 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 13 december 2017 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 aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 19 december 2017 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar voor de berekening van het Nederlandse tarief terecht een niet-conservatieve DBC heeft gehanteerd, uitgaande van een operatieve ingreep. Het door de ziektekostenverzekeraar genoemde DBC zorgproduct 131999102 met declaratienummer 15B060 is daarom bij nader inzien passend. Een afschrift van dit advies is op 20 december 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is werkzaam als zelfstandig snowboard- en mountainbikegids. Op 11 oktober 2015 heeft verzoeker een auto-ongeluk gehad in Oostenrijk. Ten gevolge hiervan heeft diezelfde dag een operatie aan zijn linkerknie plaatsgevonden. Enige tijd later werd - in Nederland - ook letsel aan zijn rechterknie vastgesteld, waarvoor een conservatief traject werd ingezet. Verzoeker is in maart 2016 weer naar Oostenrijk vertrokken om zijn werk te hervatten. Op 31 maart 2016 heeft verzoeker zich gemeld op de Eerste Hulp van een ziekenhuis ter plaatse in verband met problemen aan de rechterknie. Aldaar bleek dat het letsel aan zijn rechterknie ernstiger was dan tot dan toe ingeschat, en werd een operatieve behandeling voorgesteld. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van deze behandeling. De kostenraming bedroeg € 9.579,44 en de ziektekostenverzekeraar deelde mede maximaal het Nederlandse tarief voor de operatie te vergoeden, te weten € 6.485,57. Op 24 mei 2016 heeft de complexe knie-operatie in Oostenrijk plaatsgevonden, waarna op 30 mei 2016 en 2 juni 2016 kijkoperaties volgden om de knie te spoelen.

- 4.2. De behandelend arts in Oostenrijk heeft het volgende verklaard: *"DIAGNOSE Rupt. LCP gen dext non rec. Rupt PLC gen dext Grad III non rec. Chondropathia condyl. lat.tib. dext. Grad II Laesio nerv. peron.dext Status post Gelenksinfekt dext (2malige arthroskopische Spülung) Status post arthroskopische Mobilisierung THERAPIE Arthroskopie, arthroskopische LCP-Plastik all inside 9 mm femoral ACL Tigh trope, tibial No Tigh trope-Button, Plättchenfixierung, laterale Stabilisierung, Augmentation modifiziert nach Larson und dorsaler Kapsel-Shift nach Fanelli OP 24.5.2016 stationärer Aufenthalt von 24.5 bis 9.6.2016 (...) [Verzoeker] wurde am 24.5 eine komplexe Kniebandverletzung arthroskopisch und offen versorgt. Aufgrund aufgetretener Fieberschübe und Erhöhung der Entzündungsparameter erfolgte am 30.5 und 2.6 jeweils eine arthroskopische Spülung des Kniegelenkes rechts. Danach zeigte sich der postoperative Verlauf komplikationslos. Der Patient kann am 9.6.2016 in ambulante Weiterbehandlung entlassen werden. (...)".*
- 4.3. Verzoeker stelt dat hij voor de operaties in Oostenrijk niet vergoed heeft gekregen wat dezelfde operaties in Nederland zouden kosten. De nota bedraagt totaal € 11.577,62. Dit is uiteindelijk slechts € 1.998,18 meer dan de kostenraming, ondanks elf extra verblijfsdagen in het ziekenhuis. Het ziekenhuis en de behandelend arts zijn coulant geweest. De werkelijke kosten zijn namelijk veel hoger dan hetgeen in rekening is gebracht.
- De verwachte verpleegduur die hoort bij DBC zorgproductcode 131999102 (declaratiecode 15B060) is één dag. De omschrijving die bij dit zorgproduct hoort is: *"Operatie aan de knieband(en) bij een ziekte van botspierstelsel"*. Reeds vóór de operatie was bekend dat de te verwachten opnameduur van verzoeker zonder complicaties vijf dagen zou bedragen. Daarnaast was vastgesteld dat verzoeker niet alleen een operatie aan een knieband nodig had, maar ook aan het posterolaterale complex. Juist dit maakt de operatie veel gecompliceerder. Verzoeker betwijfelt ten zeerste de juistheid van het door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC zorgproduct.
- De ziektekostenverzekeraar heeft niet gereageerd op een eerder opgestelde kostenraming voor dezelfde operatie in een regulier ziekenhuis in Oostenrijk. Aldaar zouden de kosten € 956,- per dag zijn. Eenzelfde opname met operatie zou derhalve totaal € 15.296,- hebben gekost in een regulier ziekenhuis in Oostenrijk. De onderhavige nota is aanzienlijk lager. De opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat *"operaties in Oostenrijkse privéklinieken torenhoog zijn"* houdt derhalve geen stand.
- Verzoeker wist voorafgaand aan de operatie dat de ziektekostenverzekeraar een gemaximeerde vergoeding zou verlenen. De operatie is goed verlopen, echter ontstond nadien opnieuw een noodzaak tot behandelen, dat wil zeggen een andere indicatie. Op basis daarvan zijn de twee kijkoperaties uitgevoerd. Als verzoeker kort na de eerste operatie was ontslagen of zelfs weer in Nederland was geweest, had hij zich gewend tot de Eerste Hulp. Alsdan was de vergoeding geen probleem geweest.
- Verzoeker is ervan overtuigd dat de verleende vergoeding van € 6.485,57 in Nederland niet de kosten dekt van een complexe knieoperatie mét twee kijkoperaties achteraf. Het is onredelijk dat de kosten in verband met de behandeling van complicaties niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- Verzoeker benadrukt dat de complexe operatie aan zijn rechterknie medisch noodzakelijk én acuut was. Hij stelt hoge eisen aan zijn lichaam in verband met zijn werkzaamheden. Er is hem alles aan gelegen te doen wat nodig is om de best mogelijke functionaliteit van zijn rechterknie te bereiken. Tot op heden kan verzoeker zijn beroep niet uitoefenen en daardoor heeft hij nu geen bron van inkomsten.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar een DBC zorgproduct heeft gebruikt voor de vaststelling van de hoogte van de vergoeding, maar volgens het voorlopig advies van het Zorginstituut is dit DBC zorgproduct niet passend. Daarnaast gevraagd, antwoordt verzoeker dat hij een hogere vergoeding vordert.
- 4.5. Verzoeker heeft bij brief van 11 december 2017 gereageerd op het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 1 december 2017. Verzoeker benadrukt dat uit de 'Kostenvoranschlag' reeds blijkt dat de operatie niet alleen een achterste kruisbandplastiek betreft, maar tevens een reconstructie van de posterolaterale hoek. Als hij vóór de operatie had geweten dat de

ziektekostenverzekeraar een DBC zorgproduct zou gebruiken dat alleen betrekking heeft op de kruisbandplastic, dan had hij hierop adequaat kunnen reageren.

Verzoeker verwijst naar de interne mailwisseling van de ziektekostenverzekeraar waarin staat: *"De kosten voor operatie in een privékliniek zijn torenhoog en moeten we echt niet volledig vergoeden. Ik kan en wil dus geen hogere dot erbij zoeken."* Hiermee impliceert de ziektekostenverzekeraar volgens verzoeker dat mogelijk een beter passend DBC zorgproduct voor de onderhavige operatie bestaat.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering is een verzekering gebaseerd op solidariteit. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de website van de Rijksoverheid en de website www.dezorgverandertmee.nl. De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland als deze zorg vergelijkbaar is met de zorg in Nederland, én als deze zorg in Nederland ook wordt vergoed. Een verzekerde ontvangt maximaal 100 percent van het bedrag dat de zorg in Nederland kost.

In Nederland declareren ziekenhuizen door middel van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC), een zorgproduct. De prijs van een zorgproduct is een gemiddelde van alle zorgkosten bij een bepaalde diagnose en behandeling.

5.2. Op 8 april 2016 ontving de ziektekostenverzekeraar van verzoeker een kostenraming voor een operatie in een Oostenrijkse privékliniek. Hierop is op 28 april 2016 gereageerd. Voor de knieoperatie die verzoeker in Oostenrijk heeft ondergaan wordt maximaal € 6.485,57 vergoed. Dit is 100 percent van het bedrag dat eenzelfde operatie in Nederland kost (DBC zorgproductcode 131999102, declaratiecode 15B060). Deze zorgproductcode komt het meest overeen met de operatie en biedt de hoogste vergoeding.

Na de operatie zijn complicaties ontstaan (ontsteking en koorts), waardoor verzoeker langer in de Oostenrijkse privékliniek is verbleven. In Oostenrijk wordt dit gezien als meerkosten, maar in Nederland vallen deze kosten binnen het betreffende DBC zorgproduct. De kosten van de zorg die verzoeker in Oostenrijk heeft genoten bedragen totaal € 11.577,62.

De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft geoordeeld dat de infectie die verzoeker kreeg, één van de mogelijke complicaties na een operatie is. Met een dergelijke complicatie is, als gezegd, rekening gehouden bij de kostenberekening van een DBC. In het bedrag van € 6.485,57 zijn eventuele complicaties reeds opgenomen. Een hogere vergoeding wordt daarom niet verleend. Dit is ook niet uit te leggen aan andere verzekerden die een dergelijke operatie in Nederland laten uitvoeren. Verzoeker heeft bewust ervoor gekozen de operatie in Oostenrijk te laten plaatsvinden. Verzoeker wist voorafgaand aan de operatie dat hij geen volledige vergoeding zou ontvangen. Kosten van operaties in Oostenrijkse privéklinieken zijn torenhoog. Hiermee had verzoeker rekening moeten houden toen hij ervoor koos aldaar een behandeling te ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker voorafgaand aan de behandeling geïnformeerd over de maximale vergoeding. Wel had eerder of direct aan verzoeker kunnen worden medegedeeld dat de vergoeding al ruim boven het in Nederland gangbare tarief lag.

5.3. Voorts is de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat de primaire zorgvraag van verzoeker electief is, en dus geen spoed betreft. Verzoeker had de voorgestelde operatie ook binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland kunnen ondergaan. Op 1 april 2016 schreef verzoeker dat de Oostenrijkse arts op 31 maart 2016 de diagnose stelde en verwachtte binnen twee à drie weken te kunnen opereren. Dit had naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar ook in Nederland kunnen gebeuren. Verzoeker had ervoor kunnen kiezen naar Nederland te komen. Hierdoor hoefde geen S2-formulier te worden afgegeven. Het initiatief om gebruik te mogen maken van de Europese sociale zekerheidsverordening ligt bij de verzekerde. Deze moet zijn verzekeraar hiervoor om toestemming vragen. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de website van de Rijksoverheid. Overigens is het de vraag of met afgifte van een S2-formulier de (volledige) kosten in een privékliniek kunnen worden betaald. Uit navraag bij

de kliniek waar verzoeker is behandeld, blijkt dat het S2-formulier alleen betrekking heeft op "den stationären Aufenthalt", oftewel het verblijf, eten en drinken, en niet op de behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve wel getoetst aan de Verordening en is tot de conclusie gekomen dat geen S2-formulier hoefde te worden afgegeven. Benadrukt zij nogmaals dat verzoeker niet om het formulier heeft gevraagd.

In de fase van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is desondanks besloten over te gaan tot tarifiering om op die manier verzoeker tegemoet te komen. De uitkomst van de tarifiering is dat een totaalbedrag van € 4.088,62 volgens het Oostenrijkse systeem voor vergoeding in aanmerking komt. Aangezien de ziektekostenverzekeraar reeds € 6.485,57 had vergoed, heeft verzoeker geen aanspraak op een hogere vergoeding.

5.4. Met betrekking tot het bij het DBC zorgproduct behorende tarief merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op.

Als er geen tarief op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld, wordt 100 percent van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme tarief vergoed. Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) mag de term 'marktconform' alleen worden gebruikt indien hiermee het tarief wordt bedoeld dat op grond van artikel 2.2 Bzv maximaal mag worden vergoed, dat wil zeggen de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Volgens de NZa is het marktconforme tarief niet een gemiddelde dat van tevoren kan worden berekend. In het individueel geval moet worden bekeken of de kosten die de zorgaanbieder in rekening brengt excessief zijn. Het excessieve deel mag een verzekeraar op basis van artikel 2.2 Bzv niet vergoeden. Een verzekeraar mag wel een indicatieve lijst hanteren op basis waarvan aan verzekerden inzicht kan worden gegeven tot welke bedragen in ieder geval 100 percent wordt vergoed. Van ingediende nota's die boven dit bedrag uitkomen moet vervolgens individueel worden beoordeeld of deze excessief zijn of niet.

De ziektekostenverzekeraar hanteert het hoogst gecontracteerde tarief als zijnde het marktconforme tarief. Dit geeft namelijk een goed beeld van wat in de Nederlandse markt wordt betaald, en dus gangbaar is. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar artikel 4.3.2 van de polisvoorwaarden.

In 2016 bedroeg het tarief voor zorgproductcode 131999102 € 6.485,57. Een passantentarief, zoals gepubliceerd op websites van ziekenhuizen, ligt vaak veel hoger dan de gemiddelde gecontracteerde tarieven. Op de website [www.opendisdata.nl](http://opendisdata.nl) zijn de gemiddelde kosten voor een DBC zorgproduct te raadplegen. Ook op www.doktersrekening.nl is meer informatie te vinden over de gemiddelde prijs voor een behandeling. Het bedrag van € 8.141,- op deze lijst is extreem. De medisch adviseur heeft hierover opgemerkt: "*in de prijslijsten van individuele ziekenhuizen zie je voor sommige operaties extreem hoge bedragen staan, maar vaak betekent dat dat ze die operaties helemaal niet uitvoeren.*"

Op basis van de polisvoorwaarden had de ziektekostenverzekeraar € 3.675,- moeten vergoeden (100 percent van het marktconforme tarief, bron tarief: <http://opendisdata.nl/msz/zorgproduct/131999102>). Er is echter een veel ruimere vergoeding gehanteerd, te weten € 6.485,57 (het hoogst gecontracteerde tarief). Dit is 76 percent meer (€ 2.810,57). Verzoeker had ruim voldoende kunnen hebben aan de toegekende vergoeding van € 6.485,57. Dat verzoeker thans tegen meerkosten aanloopt, is een direct gevolg van zijn keuze om in Oostenrijk te worden behandeld. Een restitutiepolis betekent niet dat een verzekeraar altijd het hoogste tarief moet vergoeden. Restitutie betekent dat de kosten binnen bepaalde grenzen worden vergoed, los van de vraag of een zorgaanbieder gecontracteerd is of niet. Een verzekerde heeft de vrijheid een zorgaanbieder te kiezen en de hoogte van de vergoeding wordt begrensd door de polisvoorwaarden.

Verzekeraars hebben de plicht de zorgkosten zo laag mogelijk te houden. Dit houdt onder meer in dat excessieve tarieven niet mogen worden gehonoreerd. Het betekent ook dat de behandelingskosten van planbare zorg in het buitenland conform de Zorgverzekeringswet zijn begrensd tot 100 percent van de in Nederland geldende kostprijs. De ziektekostenverzekeraar meent dat de polisvoorwaarden hierover duidelijk zijn en dat het vergoede bedrag in dit geval alleszins redelijk is. Hierbij komt dat de vergoeding op basis van het marktconforme tarief al behoorlijk is opgehoogd.

5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het advies van het Zorginstituut weliswaar tijdig aan hem is gezonden, maar dat hij door interne miscommunicatie pas kort vóór de zitting kennis heeft kunnen nemen van de inhoud. Hij kan dus niet controleren of hetgeen verzoeker stelt over het advies klopt.

Ter aanvulling heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoeker voorafgaand aan de behandeling op de hoogte was van de toegezegde vergoeding. Dat hij thans tegen meerkosten aanloopt is inherent aan zijn keuze in Oostenrijk te willen worden behandeld.

5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 1 december 2017 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar betoogt dat de door het Zorginstituut genoemde DBC zorgproductcode 131999282 met declaratienummer 15E773 niet de meest passende is. Deze DBC betreft namelijk een conservatieve opname en geen operatieve opname. Daarnaast is het bij deze DBC behorende tarief van € 3.046.99 aanzienlijk lager dan het reeds uitgekeerde bedrag van € 6485,57.

Volgens de ziektekostenverzekeraar is DBC zorgproduct 131999102 met declaratienummer 15B060 het meest passend voor de onderhavige ingreep. Dit betreft een *"operatieve ingreep aan de knieband(en) bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel"*. De verwachte verpleegduur is in Nederland gemiddeld één dag. De zorgactiviteiten zijn:

"1. Dagverpleging 1 dag

2. 39411 = arthroscopie van de knie in combinatie met een heelkundige ingreep aan dezelfde knie in een zitting

3. 39757 = beoordeling ECG, Holter, inspanningsonderzoek

4. 38541 = uitgebreide artrotomie, patellectomie,...kruisbandplastiek van de knie

5. 38642 = voorste en/of achterste kruisbandplastiek van de knie met transplantaat

6. 38643 = totale of partiele meniscectomie

7. 39445 = anaesthesie

8. 89402 = radiologisch onderzoek knie en/of onderbeen

9. 89090 = MRI

10. Laboronderzoek, PA-onderzoek

11. Klinische opname in 35% van de gevallen"

De complicaties en de hiermee verbandhoudende kijkoperaties om de knie te spoelen zijn direct gerelateerd aan de operatie, daarom vallen de hieraan verbonden kosten binnen de DBC.

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 18 van de Algemene Voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 20 van de Algemene Voorwaarden 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 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor sommige zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg en voor andere kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde

zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de Verzekerde zorg basisverzekeringen van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 29 van de Verzekerde zorg basisverzekeringen van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van medisch-specialistische zorg en verblijf bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op medisch-specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a. een ziekenhuis;*
- b. een zelfstandig behandelcentrum of*
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.*

De zorg bestaat uit:

- a. medisch-specialistische zorg;*
- b. uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.*

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

(...)

Voorwaarden voor het recht op medisch-specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist.

(...)

3. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.

(...)

5. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch-specialistische zorg.

(...)

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a. medisch-specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;

(...)

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! *Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de ‘Algemene voorwaarden basisverzekeringen’.*

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.”

- 8.4. Artikel 15 van de Algemene Voorwaarden van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

“15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

a. zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
 b. vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
 c. Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent. (...)"

8.5. Artikel 4.3.2 van de Algemene Voorwaarden van de zorgverzekering luidt:

"4.3.2 Restitutiepolis (FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis)

Heeft u een restitutiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van 100% van de kosten van die zorg. Wij vergoeden de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij 100% van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen."

8.6. Artikel 29 van de Verzekerde zorg basisverzekeringen en de artikelen 4.3.2 en 15 van de Algemene Voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de Algemene Voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv.

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Op grond van artikel 2.2, tweede lid, onderdeel b, Bzv worden bij het bepalen van de vergoeding in mindering gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden 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 19 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*"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.
(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoeker heeft op 11 oktober 2015 een auto-ongeluk in Oostenrijk gehad, ten gevolge waarvan een operatie aan zijn linkerknie noodzakelijk was. Ten aanzien van de rechterknie werd op dat moment geen letsel geconstateerd. Nadien werd in Nederland wél letsel aan die knie vastgesteld, en is een conservatief behandeltraject ingezet. Verzoeker is in maart 2016 weer naar Oostenrijk vertrokken om zijn werkzaamheden aldaar uit te oefenen. Tijdens dit verblijf in Oostenrijk zijn problemen aan de rechterknie ontstaan en heeft verzoeker zich gewend tot de Eerste Hulp van een ziekenhuis. Vervolgens heeft hij zich laten behandelen in een privékliniek. Er is aldus sprake van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf als bedoeld in artikel 19 van Vo. nr. 883/2004. Door verzoeker is geen European Health Insurance Card (EHIC) overgelegd dan wel is de EHIC geweigerd door de Oostenrijkse privékliniek. De ziektekostenverzekeraar heeft zich in dit verband op het standpunt gesteld dat sprake was van planbare zorg in het buitenland - naar de commissie begrijpt is hiermee bedoeld op de situatie van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 - en dat hij niet was gehouden een S2-formulier af te geven. Zoals hiervoor is overwogen, is echter geen sprake van planbare zorg in een andere EU/EER-lidstaat. Verzoeker is immers naar Oostenrijk vertrokken voor zijn werkzaamheden en tijdens de duur van het geplande verblijf is de zorgvraag ontstaan. Daarbij gaat het niet om het criterium 'spoedeisende zorg', maar om 'medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf'.

De consequentie van het voorgaande is dat de ziektekostenverzekeraar op basis van artikel 25, vijfde lid, van Vo. nr. 987/2009 dient over te gaan tot tarifiering, tenzij verzoeker akkoord zou gaan met vergoeding volgens het Nederlandse stelsel. Van dit laatste is evenwel niet gebleken.

De ziektekostenverzekeraar heeft in de fase van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen dan ook terecht besloten tot tarifiering. Aan voormelde consequentie is derhalve reeds uitvoering gegeven.

Volgens opgave van het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan zou op basis van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering € 4.088,62 zijn vergoed. De volgende vraag is of op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op een aanvullende vergoeding, en zo ja tot welk bedrag.

9.2. Niet in geschil is dat de door verzoeker in Oostenrijk ondergane knie-operaties een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering vormen, en dat verzoeker hiervoor een indicatie had. Voor de betreffende zorg is door de ziektekostenverzekeraar DBC zorgproductcode 131999102 (declaratiecode 15B060) vastgesteld. Deze code heeft als omschrijving "*Kruis-/collateraalbandplastiek | Botspijrstelsel ziekte/laat gev trauma*". Partijen verschillen van mening

over het van toepassing zijn van deze code. Volgens verzoeker behelst dit zorgproduct te weinig verpleegdagen en is de uitgevoerde operatie gecompliceerder. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 31 oktober 2017 verklaard dat de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC zorgproductcode niet passend is. In plaats hiervan zou DBC zorgproductcode 131999282 (declaratiecode 15E773) met omschrijving 'ziekenhuisopname met meer dan 5 verpleegdagen bij een beschadiging van de meniscus/(kruis)banden van de knie', moeten worden gehanteerd.

In het definitieve advies van 19 december 2017 heeft het Zorginstituut evenwel verklaard dat bij nader inzien toch DBC zorgproduct 131999102 met declaratienummer 15B060 het meest passend is. De commissie sluit aan bij dit definitieve advies van 19 december 2017 en bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar terecht is uitgegaan van DBC zorgproductcode 131999102 voor de berekening van de vergoeding.

De commissie merkt hierbij op dat in de DBC/DOT-systematiek reeds rekening is gehouden met zorg in verband met complicaties. Een DBC zorgproduct kent een bijbehorend tarief dat ook hiervoor dekkend wordt geacht. In het buitenland wordt niet gewerkt met zorgproducten, en wordt zorg in verband met complicaties veelal apart berekend. Een separate vergoeding voor de zorg in verband met complicaties, zoals door verzoeker gewenst, is in de Nederlandse situatie niet aan de orde.

- 9.3. Nu hiervoor het DBC zorgproduct voor de onderhavige zorg is vastgesteld, dient de vraag te worden beantwoord welk tarief hier bij hoort.

Verzoeker heeft een combinatiepolis bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten. Artikel 29 van de Verzekerde zorg basisverzekeringen van de zorgverzekering is geformuleerd als een natura-aanspraak (recht op zorg). De ziektekostenverzekeraar heeft voor de betreffende zorg zorgaanbieders gecontracteerd.

In artikel 11 Zvw wordt onderscheid gemaakt tussen zogenoemde naturapolissen en restitutiepolissen. Er zijn echter ook combinatiepolissen met elementen van beide. Ten aanzien van de 'zuivere' restitutiepolis geldt dat uit artikel 2.2, tweede lid, onderdeel 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. In alle andere gevallen, dat wil zeggen bij naturapolissen en bij combinatiepolissen is bij de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder artikel 13 Zvw bepalend, waarin is opgenomen dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding in dat geval berekent in de modelovereenkomst opneemt.

- 9.4. In aansluiting op een eerder bindend advies (GcZ 5 april 2017, 201602189), is de commissie van oordeel dat het niet past dat de ziektekostenverzekeraar de door verzoeker afgesloten verzekering - een combinatiepolis - nadrukkelijk presenteert als een restitutiepolis en vervolgens in de polisvoorwaarden natura-aanspraken opneemt met de daarbij behorende door hem vast te stellen - lagere - vergoeding. Er bestaat om die reden aanleiding de onder 9.3 uiteengezette systematiek los te laten.

De ziektekostenverzekeraar heeft een lijst opgesteld van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Ingevolge de lijst 'Vergoeding bij niet gecontracteerde zorgverleners (restitutiepolis) Medisch Specialistische Zorg 2016' bedraagt het bij declaratiecode 15B060 behorende tarief € 3.275,48. Zoals de ziektekostenverzekeraar ook zelf heeft verklaard, kan een lijst met tarieven enkel een indicatief karakter hebben en dient voor de vergoeding te worden uitgegaan van het marktconforme tarief. Dit betekent dat in dit geval niet wordt aangesloten bij artikel 13 Zvw, maar bij artikel 2.2 Bzv, zodat de vergoeding niet door de ziektekostenverzekeraar wordt vastgesteld, maar wordt bepaald door hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. De ziektekostenverzekeraar heeft in dat verband aan de Ombudsman Zorgverzekeringen een lijst overgelegd met daarop de tarieven die enkele gecontracteerde zorgaanbieders rekenen voor declaratiecode 15B060. Het hoogste tarief op deze lijst is € 6.485,57. Dit tarief heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker vergoed. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit meer dan waarop verzoeker conform de polisvoorwaarden recht heeft, en hij stelt zich dan ook op het standpunt dat dit een ruime en redelijke vergoeding is voor de onderhavige zorg. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar in de fase van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen melding gemaakt van een tarief van € 8.141,- voor DBC zorgproductcode 131999102, en daarbij

verklaard dat dit een extreem hoog tarief is dat door het betreffende ziekenhuis waarschijnlijk niet wordt berekend, aangezien de behandeling daar niet wordt uitgevoerd.

- 9.5. De commissie overweegt dat deze laatste stelling door de ziektekostenverzekeraar niet is onderbouwd. Het moet er dan ook voor worden gehouden dat indien de onderhavige zorg aan een verzekerde zou worden verleend door het betreffende ziekenhuis en betrokkene een restitutiepolis heeft, het bedrag van € 8.141,-- zonder meer zou moeten worden vergoed. Hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd met betrekking tot de hoogte van dit tarief en de wens tot kostenbeheersing, doet hier niet aan af. Hieruit volgt dat voormeld tarief van € 8.141,-- dient te worden beschouwd als in de Nederlandse marktomstandigheden passend te achten. Door verzoeker is in algemene zin gesteld dat hij zich niet kan voorstellen dat de onderhavige zorg kan worden geleverd tegen een tarief van € 6.485,57. Er is door hem echter geen ziekenhuis genoemd dat een hoger tarief hanteert, terwijl door hem voorts niet is aangevoerd dat er een ziekenhuis in Nederland is dat rechtsgeldig méér in rekening mag brengen dan € 8.141,-- ter zake van de onderhavige zorg. Derhalve gaat de commissie ervan uit dat het bedrag van € 8.141,-- het hoogste bedrag is dat in Nederland rechtsgeldig in rekening kan worden gebracht voor deze zorg. Dat leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar dient derhalve aan verzoeker aanvullend te vergoeden een bedrag van € 1.655,43 (€ 8.141,-- - € 6.485,57) te vergoeden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond - volledig - of tot een hoger bedrag dan totaal € 8.141,-- kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een aanvullende vergoeding van € 1.655,43 dient te verlenen. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels 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 9.7 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 7 februari 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester