



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Zilveren Kruis Ziekttekostenverzekeringen N.V. te
Amersfoort

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, heupoperatie, hoogte vergoeding, terugvordering

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017-2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2017-2018, art. 20 Vo. nr. 883/2004, art. 6:203 BW

Zaaknummer : 201900179

Zittingsdatum : 23 oktober 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon, en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 1 mei 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 juli 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 5 juli 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 oktober 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2017 en 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend*** en Aanvullend Tand** (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft op 30 september 2017 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een operatie aan de rechterheup en het plaatsen van een heupprothese in het Hôpital de Brain - l'Alleud - Waterloo, België. Bij brief van 14 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag goedgekeurd, waarbij verzoekster erop is gewezen dat de ingreep volgens de Nederlandse of de Belgische regeling kan worden vergoed. In de brief is uitleg gegeven over het verschil tussen beide regelingen. Ook is in de brief vermeld welke kosten niet door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft op 20 februari 2018 een aanvraag ingediend voor een operatie aan de linkerheup en het plaatsen van een heupprothese in Hôpital de Brain - l'Alleud - Waterloo, België. Bij brief van 22 februari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is goedgekeurd. Deze brief is verder van gelijke strekking als de brief van 14 november 2017.

3.4. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar facturen ter declaratie ingediend met betrekking tot de heupoperaties in 2017 en 2018. Bij brief van 24 februari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld voor de operatie in 2017 een bedrag van € 5.080,50 te vergoeden. Bij brief van 24 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld voor de operatie in 2018 een bedrag van € 5.132,26 te vergoeden.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 september 2018 aan verzoekster meegedeeld dat hij aan haar een hogere vergoeding heeft toegekend voor de heupoperatie in 2017 dan waar zij recht op had. De ziektekostenverzekeraar vordert om die reden een bedrag van € 4.018,91 terug. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 augustus 2018 aan verzoekster meegedeeld dat hij aan haar een hogere vergoeding heeft toegekend voor de heupoperatie in 2018 dan waar zij recht op had. De ziektekostenverzekeraar vordert om die reden een bedrag van € 4.579,70 terug.

3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brieven van 14 september 2018 en 21 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

4. Het geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:
(i) de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 4.018,91, in verband met de vergoeding van de heupoperatie in 2017, niet van haar mag terugvorderen, en
(ii) de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 4.579,70, in verband met de vergoeding van de heupoperatie in 2018, niet van haar mag terugvorderen.

5. De bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover een bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneeskundige zorg zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin opgenomen de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, de relevante bepalingen uit de Europese Verordening (Vo. nr. 883/2004) en de toepasselijke artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW). De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Op grond van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 dient een verzekerde die naar een andere EU-lidstaat wenst te gaan om daar planbare zorg te ontvangen, hiervoor voorafgaand aan de behandeling toestemming te vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Indien de ziektekostenverzekeraar deze toestemming verleent, heeft de verzekerde recht op vergoeding van deze zorg overeenkomstig de regelgeving van de desbetreffende EU-lidstaat. Als de vergoeding lager is dan de daadwerkelijke kosten, heeft de verzekerde recht op een aanvullende vergoeding op grond van de zorgverzekering tot maximaal het toepasselijke Nederlandse tarief, althans voor zover aan de verzekeringsvoorwaarden wordt voldaan.

- 6.3. Verzoekster is naar België gegaan om daar in 2017 en 2018 een heupoperatie te ondergaan. Voorafgaand aan deze behandelingen heeft verzoekster toestemming gevraagd en gekregen van de ziektekostenverzekeraar. Hierbij is zij door de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat de betreffende ingrepen konden worden vergoed conform de Nederlandse - of de Belgische (wettelijke) regeling. Verzoekster heeft ervoor gekozen de operatie op grond van de Belgische (wettelijke) regeling te laten vergoeden. Dit heeft tot gevolg gehad dat het betreffende ziekenhuis in België de kosten van de operaties rechtstreeks heeft gedeclareerd bij de Belgische mutualiteit, die een deel van de kosten heeft vergoed. Verzoekster heeft vervolgens van het ziekenhuis een tweetal facturen ontvangen. Hiermee is het verschil tussen de werkelijke kosten en de door de Belgische mutualiteit aan het ziekenhuis verleende vergoeding voor beide operaties bij haar in rekening gebracht. Verzoekster heeft deze facturen ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.

Vergoeding operatie in 2017

- 6.4. Uit de factuur die ziet op de operatie in 2017 blijkt dat de Belgische mutualiteit een bedrag van € 5.167,11 heeft vergoed en dat € 5.511,03 voor rekening komt van verzoekster. Verzoekster heeft recht op een aanvullende vergoeding ten laste van de zorgverzekering tot maximaal het Nederlandse tarief, althans voor zover wordt voldaan aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat het Nederlandse tarief in 2017 € 6.228,70 bedroeg. Dit is door verzoekster niet gemotiveerd bestreden, zodat de commissie uitgaat van de juistheid van het genoemde bedrag. Verder tekent de commissie aan dat 'supplementaire' kosten, die in rekening zijn gebracht voor de kamer (€ 504,--) en de honoraria van bepaalde zorgverleners (€ 4.156,20), niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Deze kosten komen om die reden niet voor vergoeding in aanmerking. Verzoekster heeft derhalve recht op een aanvullende vergoeding van € 850,53 (€ 5.511,03 minus € 504,-- minus € 4.156,20) ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen meer of anders is vergoed aan verzoekster is onverschuldigd aan haar betaald. Zij had hierop immers geen recht op grond van de zorgverzekering. Op grond van artikel 6:203 BW mag de ziektekostenverzekeraar het teveel betaalde terugvorderen.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk een bedrag van € 5.080,50 aan verzoekster vergoed. Hij vordert van haar € 4.018,91 terug. Hiermee is aan verzoekster per saldo een bedrag van € 1.061,59 vergoed. Hoewel verzoekster recht heeft op een (aanvullende) vergoeding van € 850,53 heeft de ziektekostenverzekeraar besloten het verschil (€ 210,76) niet van haar terug te vorderen. In deze beslissing zal de commissie niet treden.

Vergoeding operatie 2018

- 6.6. Uit de factuur die ziet op de operatie in 2018 blijkt dat de Belgische mutualiteit een bedrag van € 5.255,99 heeft vergoed en dat € 5.466,40 voor rekening komt van verzoekster. Verzoekster heeft recht op een aanvullende vergoeding ten laste van de zorgverzekering tot maximaal het Nederlandse tarief, althans voor zover wordt voldaan aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat het Nederlandse tarief in 2018 € 6.142,69 bedroeg. Dit is door verzoekster niet gemotiveerd bestreden, zodat de commissie uitgaat van de juistheid van het genoemde bedrag. Verder tekent de commissie aan dat 'supplementaire' kosten, die in rekening zijn gebracht voor de kamer (€ 504,--) en de honoraria van bepaalde zorgverleners (€ 4.214,07), niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Deze kosten komen om die reden niet voor vergoeding in aanmerking. Verzoekster heeft derhalve recht op een aanvullende vergoeding van € 748,33 (€ 5.466,40 minus € 504,-- minus € 4.214,07). Hetgeen meer of anders is vergoed aan verzoekster is onverschuldigd aan haar betaald. Zij had hierop immers geen recht op grond van de zorgverzekering. Op grond van artikel 6:203 BW mag de ziektekostenverzekeraar het teveel betaalde terugvorderen.

- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk een bedrag van € 5.466,40 aan verzoekster vergoed. Hij vordert van haar € 4.579,70 terug. Hiermee is aan verzoekster per saldo een bedrag van € 886,70 vergoed. Hoewel verzoekster recht heeft op een vergoeding van € 748,33 heeft de ziektekostenverzekeraar besloten het verschil (€ 138,37) niet van haar terug te vorderen. In deze beslissing zal de commissie niet treden.

Communicatie

- 6.8. Verzoekster heeft aangevoerd dat de communicatie door de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding voor de betreffende operaties niet duidelijk is geweest. Zij heeft uit de brieven van 14 november 2017 en 22 februari 2018 opgemaakt dat zij recht heeft op een hogere vergoeding. Deze interpretatie werd ondersteund doordat aanvankelijk ook een hogere vergoeding voor beide operaties is toegekend. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar eerder had moeten informeren over de voorgenomen terugvordering. Als hij dit direct na de eerste operatie had gedaan, had verzoekster de mogelijkheid gehad de tweede operatie ergens anders en/of goedkoper te laten uitvoeren.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat de communicatie tussen hem en verzoekster niet de schoonheidsprijs verdient. De commissie onderschrijft deze verklaring en heeft begrip voor de frustratie bij verzoekster. De materie is lastig en de regeling van de supplementaire kosten en de kosten van bepaalde zorgverleners wijkt af van de wijze waarop ziekenhuiszorg in is geregeld. De commissie is echter van oordeel dat de brieven van 14 november 2017 en 22 februari 2018 wel voldoende duidelijk zijn. Hoewel in de brieven niet tot in detail wordt beschreven welke gevolgen een keuze voor vergoeding op grond van respectievelijk het Belgische of het Nederlandse stelsel heeft, wordt in de brieven wel duidelijk beschreven dat een keuze moet worden gemaakt tussen **of** een vergoeding op grond van het Belgische stelsel **of** een vergoeding op grond van het Nederlandse stelsel. De brieven kunnen dan ook niet zo worden gelezen dat recht bestaat op de maximale vergoeding op grond van de Nederlandse regeling *in aanvulling op* de vergoeding die op grond van de Belgische regeling wordt toegekend. Dat de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk wél een hogere vergoeding heeft toegekend, doet aan het voorgaande niet af.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 november 2019,

H.A.J. Kroon

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 203

- 1 Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
- 2 Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
- 3 Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.

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. (...)*”