

Onderwerp:	<b>Maximum hoogte vergoeding Nederlands tarief Zvw en hoogte vergoeding bij declaraties buitenland zonder EHIC-kaart</b>
Samenvatting:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Op grond van de Zvw is de vergoeding van kosten van behandelingen beperkt tot het marktconforme tarief in Nederland. Als het om een naturapolis gaat en de zorg niet (tijdig) kan worden geleverd, brengen de privaatrechtelijke verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst mee dat de volledige kosten vergoed moeten worden (bij wijze van schadevergoeding). Beroep op de polisbepalingen is dan niet mogelijk.</li> <li>2. Via de vergoedingsmodaliteiten op basis van de toepassingsverordening, Vo. 574/72 (bij Vo. 1408/71), kan vergoeding worden verleend van door verzekerden voorgesloten kosten, die niet in rekening zouden zijn gebracht als gebruik was gemaakt van de Europese Verzekeringskaart (EHIC), c.q. deze door de zorgverlener of zorgverlenende instelling was geaccepteerd.</li> </ol>
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zvw
Datum:	27 juli 2007
Uitgebracht aan:	zorgverzekeraar

Onderstaand de volledige uitspraak.

U hebt twee vragen met betrekking tot

1. de mogelijkheid voor vergoeding hoger dan maximaal 100% Nederlands tarief
2. declaraties buitenland zonder gebruik van de Europese Gezondheidskaart (EHIC).

Het College heeft kennisgenomen van uw adviesaanvraag en de bijbehorende stukken. Onderstaand treft u het advies aan.

#### **De adviesaanvraag onder 1**

De adviesaanvraag betreft de vraag of in de Zorgverzekeringswet of aanverwante regelgeving de mogelijkheid is gecreëerd voor een hogere vergoeding dan "maximaal 100% van het Nederlands tarief". Als voorbeelden noemt u de omstandigheid dat verzekerden zich in spoedgevallen tot niet-gecontracteerde zorgverleners hebben moeten wenden, of dat dit gebeurt omdat zij voor bepaalde medisch-specialistische zorg niet of niet tijdig terecht konden bij een gecontracteerde instelling.

#### **Wet- en regelgeving**

Met betrekking tot deze adviesaanvraag zijn de volgende bepalingen van belang.

##### Zorgverzekeringswet, artikel 11, eerste lid

De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

- a. De zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
- b. Vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd (...)

#### Zorgverzekeringswet, artikel 11, derde lid

Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

#### Besluit zorgverzekering, artikel 2.2, eerste lid

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

#### Besluit zorgverzekering, artikel 2.2, tweede lid

Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:

- a. (verschuldigde eigen bijdragen)
- b. De kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

#### Verordening (EEG) 1408/71, artikel 22, lid 1, onder a

De werknemer of zelfstandige die (...) en wiens toestand verstrekkingen vereist welke tijdens een verblijf op het grondgebied van een andere lidstaat medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf, heeft recht op verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan (d.i. de Nederlandse zorgverzekeraar) door het orgaan van de woon- of verblijfplaats (i.c. het Spaanse ziektekostenverzekeringsorgaan) worden verleend, *volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling* (lees de buitenlandse ziektekostenverzekering), *alsof de verzekerde bij dat buitenlandse ziekenfonds was aangesloten.*"

#### Verordening (EEG) 1408/71, artikel 22, lid 1, onder c

De werknemer of zelfstandige die (...) van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven teneinde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan (d.i. de Nederlandse zorgverzekeraar) door het orgaan van de woon- of verblijfplaats (i.c. het buitenlandse ziektekostenverzekeringsorgaan) worden verleend, *volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling* (lees de buitenlandse ziektekostenverzekering), *alsof de verzekerde bij dat buitenlandse ziekenfonds was aangesloten.*"

### **Juridische beoordeling**

#### Zorgverzekeringswet

De vraag die beantwoord moet worden is of de Zorgverzekeringswet of aanverwante regelgeving de mogelijkheid biedt voor een hogere vergoeding dan "maximaal 100% van het Nederlands tarief". Het antwoord op deze vraag luidt ontkennend. Artikel 2.2, eerste lid van het Besluit zorgverzekering verwijst naar artikel 11, eerste lid, onderdeel b van de Zorgverzekeringswet. Daarin is sprake van een prestatie bestaande uit een vergoeding van de kosten van zorg.

De wetgever heeft voor prestaties, bestaande uit een vergoeding van de kosten van verkregen zorg --, een algemene beperking gesteld tot de kosten die niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Kosten die daarboven uitstijgen worden op basis van artikel 2.2, tweede lid, onder b, bij het bepalen van de vergoeding in mindering gebracht.

#### Privaatrecht

Dat de Zorgverzekeringswet zelf geen basis biedt voor het verstrekken van een hogere vergoeding dan naar Nederlandse marktomstandigheden passend is, neemt niet weg dat u als verzekeraar gehouden kunt zijn om toch een hoger bedrag te vergoeden, althans waar het om een naturapolis gaat. Een consequentie van het naturasysteem is, dat de verzekeraar een leveringsplicht heeft: hij is gehouden de verzekerde zorg binnen redelijke termijn te leveren. Kan hij dat niet zelf of via een door hem gecontracteerde

aanbieder leveren, en moet de verzekerde daarom uitwijken naar een niet-gecontracteerde aanbieder (in binnen-of buitenland) dan kan de verzekeraar zich niet beroepen op de polisvoorwaarde dat er een korting op de vergoeding plaatsvindt en ook niet op het maximumtarief ex artikel van art. 2.2 lid 2 Bzv. Het privaatrecht brengt met zich mee dat bij wijze van schadevergoeding de volledige noodzakelijke kosten voor vergoeding in aanmerking komen.

#### Verordening (EEG) 1408/71

De voorbeelden die door u naar voren zijn gebracht zullen zich met name voordoen in het buitenland. Daarom gaat het College hieronder in op de mogelijkheden die de Verordening (EEG) 1408/71 (hierna: Verordening) te bieden heeft.

Voorzover de zorg plaatsvindt binnen Europa, de EER-landen en Zwitserland, is naast de Zorgverzekeringswet ook de Verordening van toepassing.

Zoals u bekend, moet dan ingevolge artikel 22, eerste lid van die Verordening toepassing gegeven worden aan de buitenlandse ziektekostenverzekeringwetgeving. Zowel in geval van medisch noodzakelijke zorg (voorheen spoedeisende zorg) *tijdens verblijf* in een andere lidstaat (Verordening, artikel 22, eerste lid sub a), als bij het *bewust kiezen voor zorg in een andere lidstaat* na verkregen toestemming (Verordening, artikel 22, eerste lid, onder c), leidt dit in de regel tot een volledige vergoeding van de kosten.

De kosten worden óf verrekend door de betrokken zorgverzekeringsorganen onderling, óf -na tarifiering - door de zorgverzekeraar in Nederland vergoed (zie adviesaanvraag onder 2).

Indien in het buitenland een eigen bijdrage geldt, is de zorgverzekeraar verplicht om deze aan de verzekerde te restitueren (arrest Vanbraekel), tenzij in Nederland voor dezelfde prestatie ook een (vergelijkbare) eigen bijdrage zou gelden.

Als het om *spoedeisende* zorg gaat in één van de landen met wie Nederland op dit terrein een bilateraal verdrag heeft gesloten (verdragslanden), gelden de regels van het desbetreffende verdrag. Ook hier is het recht van het verdragsland van toepassing.

Voor wat betreft de door u geschetste situatie dat verzekerden zich tot buitenlandse niet-gecontracteerde zorgverleners/instellingen wenden, omdat zij voor bepaalde medisch-specialistische zorg niet of niet tijdig terecht kunnen bij een gecontracteerde instelling, wijst het College u uitdrukkelijk op het tweede lid van artikel 22 Verordening (EEG) 1408/71.

Daarin is bepaald dat de toestemming bedoeld in het eerste lid onder c (zie hierboven onder *wet- en regelgeving*) niet mag worden geweigerd, wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wettelijke regeling van de eigen Lid-Staat voorziet (voor Nederland is dit een aanspraak op basis van de desbetreffende polis), en de behandeling in kwestie de verzekerde, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop niet kan worden gegeven binnen de termijn die gewoonlijk nodig is voor de desbetreffende behandeling in de Lid-Staat waar hij woont. Met andere woorden, als het gaat om een behandeling die in beginsel tot de polisaanspraken behoort, maar die niet of niet tijdig verleend kan worden (gelet op zijn gezondheidstoestand etc. etc.), dan kan de zorgverzekeraar de gevraagde toestemming om naar een niet-gecontracteerde instelling elders in Europa (of EER-land of Zwitserland) te gaan, niet weigeren.

Het gaat hier dus om de hierboven al eerder besproken *bewuste keuze voor zorg in een andere lidstaat*.

#### Samenvatting.

In de door u geschetste situaties, zal binnen Europa (incl. EER-landen en Zwitserland), door toepassing van de Verordening (EEG) 1408/71 altijd een reële kostenvergoeding mogelijk zijn. Alleen als verzekerden zich tot -vaak dure- particuliere klinieken wenden en zich derhalve niet aan de spelregels van de Verordening houden en zich daarop dan ook niet kunnen beroepen, komen zij vaak met hoge kosten te zitten. Deze moeten dan voor een (groot) deel voor eigen rekening blijven, omdat in dat geval maximaal het Nederlandse tarief kan worden vergoed, mits het gaat om een verzekerde prestatie.

Buiten Europa geldt dat maximaal het Nederlandse tarief vergoed wordt, wederom mits het gaat om een verzekerde prestatie.

Tenslotte wijs ik u nog op hetgeen hiervoor onder het kopje “privaatrecht” is vermeld.

### **De adviesaanvraag onder 2.**

De adviesaanvraag onder 2 betreft de vraag over de hoogte van de vergoeding, wanneer een verzekerde kosten declareert, die hij zelf heeft voorgeschooten omdat hij (binnen Europa, de EER-landen en Zwitserland) zijn Europese Gezondheidskaart (EHIC) niet bij zich had.

Ten eerste merkt het College het volgende op. Naast de hierboven geschetste situatie komt het ook regelmatig voor dat de verzekerde de kosten heeft moeten voorschieten omdat de buitenlandse zorgverlener de EHIC niet accepteerde.

In deze situaties is voorzien in de Toepassingsverordening bij Verordening (EEG) 1408/71.

In artikel 21, eerste lid, van de toepassingsverordening (Verordening (EEG) nr. 574/72) is eerst bepaald dat een verzekerde om in aanmerking te komen voor verstrekkingen aan het orgaan van de verblijfplaats een verklaring moet overleggen, waarin wordt bevestigd dat hij recht op de verstrekkingen heeft. Deze verklaring wordt op verzoek van de belanghebbende door de Nederlandse zorgverzekeraar zo mogelijk afgegeven voordat hij naar het buitenland vertrekt. Dit betreft thans de Europese Gezondheidskaart (EHIC).

In artikel 34 van de toepassingsverordening is bepaald dat *indien de in artikel 21 genoemde formaliteiten niet konden worden vervuld* gedurende het verblijf in het buitenland, de gemaakte kosten op verzoek van de verzekerde worden vergoed door de Nederlandse zorgverzekeraar. Art. 34 van Verordening 574/72 kent 2 vergoedingsmodaliteiten, te weten

- conform de tarifieringsmethode op basis van de tarieven van het land waar de kosten zijn gemaakt
- op basis van de 'eigen' tarieven.

### **Advies van het College**

Kort samengevat luidt het advies van het College dat

1. bij of krachtens de Zorgverzekeringswet geen mogelijkheid bestaat om een hogere kostenvergoeding te verlenen dan het marktconforme tarief in Nederland, maar dat privaatrechtelijke verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst eventueel tot een schadevergoeding kunnen leiden die boven het marktconforme tarief uitstijgt.
2. de Verordening (EEG) 1408/71 wel ruimere mogelijkheden biedt.
3. via de vergoedingsmodaliteiten op basis van de toepassingsverordening, Vo. 574/72, vergoeding kan worden verleend van door verzekerden voorgeschooten kosten, die bij gebruik, c.q. acceptatie van de Europese Verzekeringskaart niet in rekening zouden zijn gebracht.