

Algemeen

Je zegt dat de eerste stap is toetsen aan de Verordening en dan pas aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Betekent dit dat de regels van de Verordening de voorwaarden van de zorgverzekering overrulen?

Ja, dat klopt. In 1964 stelde het Hof de voorrangspositie van het Europese recht vast in het arrest Costa/ENEL. Uit dit arrest volgt dat Europese instellingen, lidstaten en hun burgers zonder tussenkomst van nationaal of internationaal recht onderworpen zijn aan het Europese recht. Het Europese recht staat dus boven het nationale recht van de lidstaten. De verordening heeft directe werking, dus moet daar als eerste aan worden getoetst. Anders is dit voor een richtlijn. Die heeft geen directe werking, maar moet worden geïmplementeerd in de wetgeving van de lidstaten en vormt dan onderdeel van het nationale recht.

Medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in een EU/EER-lidstaat, Zwitserland of het VK

Hoe zit het met de beoordeling of er een verzekeringsindicatie is?

Als sprake is van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in een andere EU/EER-lidstaat of Zwitserland dan wel het VK (artikel 19 van Vo. nr. 883/2004) dan zijn er twee mogelijkheden, te weten:

- (i) De EHIC is getoond en geaccepteerd.
De zorgaanbieder declareert rechtstreeks bij het plaatselijke uitvoeringsorgaan, alsof betrokkene in het land van verblijf is verzekerd. De Nederlandse verzekerde krijgt dus alleen een nota voor het gedeelte dat in het land van verblijf geen verzekerde zorg is. Deze nota kan in Nederland worden gedeclareerd en eventuele vergoeding vindt dan plaats op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering. Pas op dat moment wordt getoetst of sprake is van (i) een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, (ii) er een verzekeringsindicatie bestaat, (iii) de zorg doelmatig is, en (iv) is voldaan aan bepaalde formele vereisten.
- (ii) De EHIC is niet getoond/wel getoond maar geweigerd
In deze situatie krijgt de verzekerde een nota mee van de zorgaanbieder. Artikel 25 van Vo. nr. 987/2009 (de uitvoeringsverordening) noemt een aantal mogelijkheden. Eén mogelijkheid is dat de zorgverzekeraar nagaat welke vergoeding in het land van verblijf zou zijn verleend op basis van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering ('tarifieren'). Als er dan nog kosten overblijven, komen deze mogelijk nog voor vergoeding in aanmerking vanuit de zorgverzekering. Pas op dat moment wordt getoetst of sprake is van (i) een verzekerde prestatie, (ii) er een verzekeringsindicatie bestaat, (iii) de zorg doelmatig is, en (iv) of is voldaan aan bepaalde formele vereisten. Diezelfde beoordeling vindt ook plaats in geval (i) de verzekerde expliciet akkoord gaat met vergoeding volgens de voorwaarden van de zorgverzekering of (ii) vast staat dat tarifiering tot niets gaat leiden omdat de zorg in het land van verblijf niet onder de verzekeringsdekking valt (bijvoorbeeld omdat deze is genoten in een privékliniek).

Wie beoordeelt of sprake is van medisch noodzakelijke zorg tijdens het verblijf?

Zorgverzekeraars stellen geregeld dat het zorg betref die kon wachten tot na terugkeer in Nederland. Dit is voor de toepassing van artikel 19 van Vo. 883/2004 echter niet relevant. De beantwoording van de vraag of sprake is van medisch noodzakelijke zorg tijdens het verblijf ligt

primair bij de zorgaanbieder ter plaatse. Daarbij speelt de geplande duur van het verblijf mede een rol. De zorgverzekeraar heeft de keuzes van de zorgaanbieder ter plaatse te respecteren. Is de EHIC getoond en geaccepteerd, dan zal dit geen probleem opleveren, omdat de zorgaanbieder immers rechtstreeks declareert bij het plaatselijke uitvoeringsorgaan. Is de EHIC niet getoond/geweigerd, dan zal door tarifiering moeten blijken of op basis van het land van verblijf aanspraak bestaat op vergoeding.

Voor de hoogte van een eventuele aanvullende vergoeding op basis van de zorgverzekering kan vervolgens wel een rol spelen of het gaat om spoedeisende zorg, bijvoorbeeld omdat voor niet-spoedeisende zorg een voorafgaande verwijzing nodig is of voor de toepassing van de restitutiekorting.

Hoe zit het met tarifieren?

Uit meerdere vragen is gebleken dat zorgverzekeraars er soms voor kiezen pas te tarifieren als de vergoeding op grond van de zorgverzekering niet toereikend is. Zoals hiervoor is uitgelegd, is het systeem zo ingericht dat de verordening steeds voor gaat, zodat eerst moet worden getarifeerd en pas daarna een eventuele aanvulling volgt op grond van de zorgverzekering. Wordt toch ervoor gekozen eerst een vergoeding te verlenen vanuit de zorgverzekering, dan kan dit financieel nadelig zijn voor de verzekerde. Dit omdat vanuit de zorgverzekering een verrekening kan plaatsvinden met het eigen risico, terwijl de sociale ziektekostenverzekering van het land van verblijf voor de zorg geen eigen risico of eigen bijdrage kent. Zou eerst worden getarifeerd dan worden de kosten in dat geval mogelijk volledig vergoed. Vanzelfsprekend komt het omgekeerde ook voor.

Tot slot willen wij nog opmerken dat uit de presentatie van Alex (CAK) blijkt dat wanneer het juiste tarifieringsformulier wordt gebruikt in de meeste gevallen de uitkomst van de tarifiering binnen twee weken bekend is.

Het is niet te doen om elke nota die je van de klant ontvangt vooraf te laten tarifieren (uiteraard na de eerste toetsing)

Zie het antwoord op bovenstaande vraag. De regelgeving is erop ingericht dat moet worden getarifeerd, tenzij de verzekerde expliciet instemt met vergoeding op grond van de zorgverzekering of vast staat dat de sociale ziektekostenverzekering van het land van verblijf geen dekking kent voor de gemaakte kosten.

Planbare zorg in een EU/EER-lidstaat, Zwitserland of het VK

Een zorgverzekeraar moet op grond van artikel 20 van Vo. 883/2004 toestemming geven als de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar is. Wanneer kan worden gesproken van 'niet tijdig'?

Hiervoor zijn geen vastomlijnde regels. Het ligt echter voor de hand dat een verzekerde de zorg niet tijdig in Nederland kan krijgen als deze hier of in het geheel niet wordt gegeven dan wel dat er een dusdanige wachtlijst is dat dit tot gezondheidsproblemen bij de verzekerde kan leiden. Hierbij geldt dat de zorg binnen een redelijke termijn en redelijke afstand beschikbaar moet zijn. Verder moet worden opgemerkt dat artikel 20 Vo. 883/2004 geldt voor alle vormen van zorg. Dit betekent bijvoorbeeld dat als bepaalde geneesmiddelen niet tijdig in Nederland beschikbaar zijn de zorgverzekeraar in die situaties soms een S2-formulier zal moeten afgeven.

Moet de zorgverzekeraar ook vermelden waar de zorg in Nederland tijdig kan plaatsvinden?

Als de zorgverzekeraar behoorlijk onderzoekt of de zorg tijdig in Nederland beschikbaar is, zal hij de verzekerde ook kunnen informeren waar deze (tijdig) terecht kan.

Wanneer blijft de verordening buiten toepassing?

In de volgende situaties blijft toepassing van artikel 20 van Vo. 883/2004 achterwege:

- (i) Er is voorafgaand aan de behandeling geen toestemming gevraagd.
- (ii) Er is voorafgaand aan de behandeling wel om toestemming gevraagd, maar de verzekerde heeft de reactie van de zorgverzekeraar niet afgewacht. Let op: hierop is een uitzondering gemaakt in het arrest Elchinov.
- (iii) Er is voorafgaand aan de behandeling wel om toestemming gevraagd, maar de zorg is (i) geen verzekerde zorg in Nederland en/of (ii) tijdig in Nederland beschikbaar en dit is de verzekerde ook meegedeeld.

Wat gebeurt er als de zorgverzekeraar wel toestemming heeft verleend en er een S2-formulier is afgegeven?

Er zijn twee mogelijkheden, te weten:

- (i) Het S2-formulier is getoond en geaccepteerd.
De zorgaanbieder declareert rechtstreeks bij het plaatselijke uitvoeringsorgaan, alsof betrokkene in het land van verblijf is verzekerd. De Nederlandse verzekerde krijgt dus alleen een nota voor het gedeelte dat in het land van verblijf geen verzekerde zorg is. Deze nota kan in Nederland worden gedeclareerd en eventuele vergoeding vindt dan plaats op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- (ii) Het S2-formulier is geweigerd
In deze situatie krijgt de verzekerde een nota mee van de zorgaanbieder. De artikelen 25 en 26 van Vo. nr. 987/2009 (de uitvoeringsverordening) noemen een aantal mogelijkheden. Eén mogelijkheid is dat de zorgverzekeraar nagaat welke vergoeding in het land van verblijf zou zijn verleend op basis van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering ("tariferen"). Als er dan nog kosten overblijven komen deze mogelijk nog voor vergoeding in aanmerking vanuit de zorgverzekering. Artikel 26 van Vo. nr. 987/2009 noemt deze mogelijkheid voor deze situatie trouwens expliciet.

Hoe zit het dan met de Patiëntenrichtlijn?

De Patiëntenrichtlijn beoogt harmonisatie van de wetgeving van de lidstaten naar aanleiding van uitspraken van het Hof over het vrije verkeer van het VWEU. Als gezegd, heeft een richtlijn geen directe werking en moet deze worden geïmplementeerd in de nationale wetgeving. Het standpunt van de wetgever is dat dit correct is gebeurd, waarbij is verwezen naar de werelddekking van de zorgverzekering en het feit dat de Nederlandse wetgeving geen belemmeringen bevat op het punt van het interstatelijk verkeer.

Het is goed voor ogen te houden dat de richtlijn twee belangrijke uitgangspunten bevat. Het eerste is dat een verzekerde bij planbare zorg in een andere lidstaat in ieder geval de vergoeding zou moeten krijgen die hij ook zou hebben ontvangen in de bevoegde lidstaat (Nederland). Het tweede uitgangspunt is dat in geval van een keuze tussen die vergoeding en de vergoeding op grond van Vo. nr. 883/2004, die laatste voor gaat, tenzij de verzekerde expliciet kiest voor het alternatief, dus vergoeding volgens de voorwaarden van de zorgverzekering.

Om die keuze goed te kunnen maken, moet de verzekerde wel worden geïnformeerd over de diverse vergoedingen. Daarnaast heeft de route van de verordening nog bepaalde andere voordelen, namelijk dat de verzekerde geen bedragen hoeft voor te schieten en hij niet zit met de administratieve afhandeling.

In de praktijk zal de uitkomst aldus zijn:

- (i) Geen toestemming op basis van Vo. nr. 883/2004. Er wordt geen S2-formulier afgegeven; de verzekerde wordt geïnformeerd over de vergoeding volgens de voorwaarden van de zorgverzekering.
- (ii) Wel toestemming op basis van Vo. nr. 883/2004. Er wordt een S2-formulier afgegeven; de verzekerde wordt geïnformeerd dat de administratieve afhandeling op

grond van de verordening geschiedt en dat hij in principe geen nota's ontvangt, tenzij wordt gekozen voor extra's die niet onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen. De kosten daarvan zijn veelal voor eigen rekening. Wordt het S2-formulier door de buitenlandse zorgaanbieder niet geaccepteerd of zijn er kosten voor eigen rekening, dan kunnen de ontvangen nota's ter declaratie worden ingediend, die dan zullen worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- (iii) Wel toestemming op basis van Vo. nr. 883/2004, maar verzekerde doet expliciet een beroep op de dekking van de zorgverzekering. In dit geval wordt de verzekerde geïnformeerd over de beide vergoedingsmogelijkheden, waarbij hem de keuze wordt gelaten alsnog een S2-formulier te ontvangen. Deze 'richtlijn'-route zal slechts zelden aan de orde zijn.