



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, operatie aan de wervelkolom, S2-formulier, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201500651

Zittingsdatum : 21 juli 2016

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 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Logica Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 een operatie aan de wervelkolom, uitgevoerd te Düsseldorf, Duitsland (hierna: de aanspraak), ten bedrage van € 19.008,31. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat ter zake € 12.343,- wordt vergoed.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de vergoeding € 12.937,57 bedraagt, en dat zij daarom recht heeft op een nabetaling van € 594,57. Bij brief van 11 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij op basis van coulance nog een bedrag van € 3.035,57 aan haar heeft overgemaakt.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 10 maart 2016 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 6 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 juni 2016 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 juni 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 juli 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster is op 6 januari 2012 geopereerd in verband met een benige splinter in het ruggenmerg. De constatering van de zeldzame combinatie van een gespleten ruggenmerg ter hoogte van T8, en de benige splinter in het ruggenmerg, leek een verklaring te zijn voor twintig jaar vermoeidheid, hetgeen aanvankelijk als ME was gediagnosticeerd. Na de operatie is verzoekster begonnen met fysiotherapie. Hoewel de operatie was uitgevoerd tussen haar schouderbladen, leken de pijnklachten die verzoekster ervoer aan haar rug, schouders, nek en hoofd hiervan een gevolg te zijn. De mate van opbouw van de behandelingen fysiotherapie werd in overeenstemming met de klachten van verzoekster teruggeschroefd. Omdat de pijnklachten aanhielden, heeft verzoekster dit aan de neuroloog gemeld. Deze kon enkel bevestigen dat de operatie succesvol was uitgevoerd. De behandelingen fysiotherapie bleven echter een te zware belasting, ook nadat het programma nog verder was aangepast. Verzoekster heeft uiteindelijk besloten te stoppen met fysiotherapie om te zien of de klachten zouden verdwijnen. Haar situatie bleef echter ongewijzigd, iedere inspanning veroorzaakte hevige pijnklachten. De neurochirurg zag vooralsnog geen aanleiding nader onderzoek uit te voeren, waarna verzoekster heeft besloten contact op te nemen met een ander ziekenhuis. Dit ziekenhuis heeft haar vervolgens voor een second opinion verwezen naar een kliniek in Sankt Augustin te Duitsland. De neurochirurg aldaar heeft de MRI van de neurochirurg in Nederland bekeken. Hieruit bleek dat de operatie aan de wervelkolom goed was uitgevoerd en dat de pijnklachten ergens anders vandaan moesten komen. Op de MRI kon de Duitse arts een deel van de nek zien, waarop zij meende dat sprake kon zijn van artrose/hernia/stenose. Verzoekster heeft hierop afgesproken terug te komen met een MRI van de nek. In maart 2013 heeft verzoekster hieraan gevolg gegeven. De neurochirurg in Duitsland heeft de MRI van de nek bekeken en geconcludeerd dat sprake was van een stenose in combinatie met hernia's van tussenwervels. Een operatie achtte zij onvermijdelijk. De arts heeft verzoekster daartoe verwezen naar een gespecialiseerde kliniek in Düsseldorf. De pijnklachten van verzoekster waren inmiddels verergerd, daarbij kreeg zij last van neurologische klachten en trad urineverlies op. Verzoekster is op 13 april 2013 naar de spoedeisende hulp gegaan van het ziekenhuis in Nederland. De dienstdoende neuroloog zag geen aanleiding haar op te nemen. Verzoekster was beloofd dat een afspraak met een neurochirurg zou volgen. Deze heeft precies één maand later plaatsgevonden. De betreffende neurochirurg was echter niet op de hoogte van het bezoek op de spoedeisende hulp. Tijdens het consult is de neurochirurg in overleg gegaan met de neurochirurg die verzoekster had geopereerd aan haar rug. Beiden waren van mening dat er iets moest gebeuren. Na overleg zou contact worden opgenomen met verzoekster. Verzoekster heeft toen gemeld dat op 31 mei 2013 een second opinion was gepland in het ziekenhuis in Düsseldorf, waarop haar is medegedeeld hiermee te wachten. Omdat een reactie van het ziekenhuis in Nederland uitbleef, ook na herhaalde verzoeken daartoe, heeft verzoekster besloten de geplande second opinion in het ziekenhuis in Düsseldorf te laten doorgaan. Hieruit kwam naar voren dat sprake was van een zeer ernstige stenose. Op 3 juli

2013 stond de operatie gepland. Intussen had verzoekster nog niets vernomen van het ziekenhuis in Nederland, ook niet na toezending van het operatievoorstel van de neurochirurg in Duitsland.

- 4.2. Verzoekster heeft in de maand juni 2013 intensief contact gehad met de ziektekostenverzekeraar om de mogelijkheden voor een operatie te bekijken. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar duidelijk gemaakt dat zij niet in Duitsland geopereerd hoefde te worden, maar dat zij geen ander alternatief had omdat het ziekenhuis in Nederland de noodzaak van een operatie niet zag. Verzoekster heeft in dat kader de ziektekostenverzekeraar gevraagd of hij bereid was de meerkosten te vergoeden. Eind juni 2013 kreeg zij van de ziektekostenverzekeraar de vraag of zij zorgbemiddeling wenste voor eventuele alternatieven in Nederland. De situatie van verzoekster was inmiddels zodanig verslechterd dat zij al akkoord was gegaan met de operatie in Duitsland. Toch wilde zij weten of er nog alternatieven waren in Nederland. Op de vrijdag vóór woensdag 3 juli 2013, de datum van de operatie, heeft de ziektekostenverzekeraar haar twee alternatieven geboden. Verzoekster heeft direct contact opgenomen met deze beide ziekenhuizen en medegedeeld dat dringend hulp nodig was. Beide ziekenhuizen hebben verzoekster medegedeeld dat een operatie niet binnen drie weken kon plaatsvinden. De pijnklachten en neurologische klachten van verzoekster waren inmiddels van dien aard dat zij niets meer kon ondernemen, waardoor zij haar tijd voornamelijk liggend doorbracht. Zij heeft dan ook besloten de geplande operatie op 3 juli 2013 doorgang te laten vinden.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat een vaste vergoeding wordt verstrekt. Deze vergoeding wordt bepaald aan de hand van een 'ruggenwerveloperatie'. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar uitgebreide informatie gezonden waaruit blijkt dat geen standaard operatie heeft plaatsgevonden. Verzoekster begrijpt dat een vaste vergoeding voor de standaard ingreep geldt, maar in haar geval zijn een tweetal afwijkingen aan de orde, namelijk:
- De operatie van verzoekster betrof geen standaard operatie. Dit blijkt ook uit de kostenraming en het operatieverslag van het ziekenhuis in Düsseldorf.
 - Er waren geen alternatieven voorhanden. De ernst van de klachten, bevestigd door de huisarts, liet geen ruimte voor een andere behandelaar dan wel behandeling.
- Verzoekster is dan ook van mening dat de aanvankelijk vastgestelde vergoeding van € 12.343,- voorbarig was. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft sindsdien het dossier nogmaals bekeken en besloten dat bij de uitgevoerde ingreep een andere DBC-zorgproductcode past, namelijk DBC-zorgproductcode 131999257: *"Zeer complexe operatie aan de wervelkolom (met verpleegligdagen) bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel"* met een bijbehorend tarief van € 12.937,57.
- 4.4. Bij brief van 11 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat na intern beraad is besloten coulanchehalve nog een bedrag van € 3.035,37 na te betalen. Een bedrag van € 3.035,17 blijft hiermee voor rekening van verzoekster.
- 4.5. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de ingreep te Düsseldorf alsnog volledig aan haar moet vergoeden. Verzoekster stelt dat zij geen enkele mogelijkheid onbenut heeft gelaten om de behandeling zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. De behandeling in Düsseldorf is zonder meer de meest directe stap geweest voor haar herstel. De afwachtende houding van het ziekenhuis in Nederland heeft haar gedwongen de behandeling in Düsseldorf te ondergaan. Daarbij had zij op 9 november 2013 nog steeds geen behandelvoorstel gekregen van het ziekenhuis in Nederland.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 
- 5.1. Op 12 juni 2013 ontving de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor de operatie aan het halswervelkanaal in Düsseldorf. Op 13 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring afgegeven en aan verzoekster een S2-formulier verstrekt. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat het S2-formulier aan de zorgaanbieder in Duitsland kan worden afgegeven. De kosten van de behandeling worden dan rechtstreeks, op basis van de Duitse regels, aan de zorgaanbieder betaald. Voor sommige behandelingen blijft een deel voor eigen rekening. Voor de bepaling van de vergoeding op grond van de zorgverzekering heeft de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk DBC-Zorgproductcode 019999033 toegepast met een bijbehorend tarief van € 12.343,-.
- 
- 5.2. Naar aanleiding van een klacht van verzoekster is de kwestie opnieuw bekeken. Op 9 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat geen sprake was van spoedeisende zorg. Indien iemand ervoor kiest een behandeling in het buitenland te ondergaan, is de vergoeding maximaal het bedrag dat in Nederland voor deze behandeling wordt betaald. In eerste instantie was de DBC-zorgproductcode 01999033 met de omschrijving "*Complexe operatie aan de wervelkolom (met verpleegligdagen) bij een infectieziekte*" met een bijbehorend tarief van € 12.343,- vastgesteld. De adviserend geneeskundige heeft nogmaals naar het dossier gekeken en heeft besloten dat DBC-zorgproductcode 131999257 met de omschrijving "*Zeer complexe operatie aan de wervelkolom (met verpleegligdagen) bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel*" met een bijbehorend tarief van € 12.937,57, beter bij de behandeling past. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aan verzoekster een bedrag van € 594,57 nabetaald. Hij heeft daarbij nog opgemerkt dat verzoekster de mogelijkheid had door middel van afgifte van het S2-formulier het ziekenhuis rechtstreeks te laten declareren op basis van de in Duitsland geldende vergoedingen. Indien de kosten voor een behandeling in het buitenland hoger uitvallen dan het maximale Nederlandse tarief vergoedt de ziektekostenverzekeraar het restbedrag niet.
- 
- 5.3. Op 11 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij na intern beraad heeft besloten coulancehalve alsnog 50 percent van het overgebleven bedrag van € 6.070,74 aan verzoekster te betalen. Het bedrag van € 3.035,37 is inmiddels aan verzoekster overgemaakt.
- 
- 5.4. Omdat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een S2-formulier heeft afgegeven en de zorgaanbieder dit formulier heeft geweigerd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen de ziektekostenverzekeraar verzocht over te gaan tot tarifiering. Op 22 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar een tarifieringsverzoek ingediend bij de Duitse sociale ziektekostenverzekering. Op 2 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de Ombudsman Zorgverzekeringen medegedeeld dat de Duitse sociale ziektekostenverzekering heeft geoordeeld dat de kosten, die volgens het Duitse zorgstelsel voor de betreffende behandeling worden vergoed, € 11.006,04 bedragen. Op grond van de zorgverzekering is eerder een vergoeding verleend van € 12.343,-. Dit tarief is niet lager dan de uitkomst van de tarifiering.
- 
- 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 18 van de zorgverzekering en 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 gehouden is 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 de artikelen 1 tot en met 15 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"2 Medisch-specialistische zorg en onderzoek

Medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg) in een ziekenhuis

Omschrijving: medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: medisch specialist in een ziekenhuis.

Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: huisarts, verloskundige als het verloskundige zorg betreft, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, triage-audicien (alleen voor KNO-arts) of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. (...)"

8.4. Artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt de prestatiewijze en omvang van de dekking en luidt, zover hier van belang:

"7 Prestatiewijze en omvang van de dekking

(...) 2 a De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten;

b De vergoeding van kosten vindt plaats op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, en voorts – tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief, danwel – indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

3 a Verzekerden hebben desgevraagd recht op zorgbemiddeling. Ook indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden. Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend, medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren; (...)"

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

"15 Buitenlanddekking

1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene Voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

a aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de toepasselijke EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;

*b aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.
(...)*

5 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.

6 Bij het inroepen van zorg in een ander land dan waar de verzekerde woont of werkt heeft de verzekerde voor het inroepen van klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname) als bedoeld in punt 2a en 2b en klinische geestelijke gezondheidszorg (opname) als bedoeld in 3c van de Lijst van verstrekkingen, voorafgaande toestemming van Agis nodig, tenzij er sprake is van medisch noodzakelijk zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland. (...)"

- 8.6. De artikelen 2 en 15 van de zorgverzekering en artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 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 lid 1 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.
- 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 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 hierop aan verzoekster een S2-formulier verstrekt. Dit betekent dat zij aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten conform de Duitse sociale ziektekostenverzekering. Naar de commissie begrijpt heeft het ziekenhuis in Duitsland het S2-formulier echter geweigerd, waarop verzoekster de nota's rechtstreeks heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 9.2. Gelet op artikel 26 lid 6 jo artikel 25 lid 5 van Vo. nr. 987/2009 ligt het op de weg van de ziektekostenverzekeraar in deze situatie na te gaan welk vergoedingstarief het orgaan van de verblijfplaats (Duitsland) in het betrokken geval toepast. De uitkomst van deze zogenoemde tarifiering is dat op basis van het Duitse stelsel € 11.006,04 zou zijn vergoed. De volgende vraag is of verzoekster op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding. Door de ziektekostenverzekeraar is de vergoeding ten laste van de zorgverzekering aanvankelijk vastgesteld aan de hand van DBC-zorgproductcode 019999033 met de omschrijving "*Complexe operatie aan de wervelkolom (met verpleegligdagen) bij een infectieziekte*" met een bijbehorend tarief van € 12.343,-. Nadat verzoekster een klacht had ingediend, heeft de adviserend geneeskundige het dossier nogmaals bekeken. Daarbij is hij tot de conclusie gekomen dat DBC-zorgproductcode 131999257 met de omschrijving "*Zeer complexe operatie aan de wervelkolom (met verpleegligdagen) bij een aandoening van botspierweefsel of bindweefsel*" passender is. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat het bijbehorende tarief € 12.937,57 bedraagt. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een bedrag van € 594,57 nabetaald. De uiteindelijk gehanteerde DBC-zorgproductcode komt de commissie - gelet op de bij verzoekster uitgevoerde ingreep - juist voor, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 12.937,57 ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. Om hem moverende redenen heeft de ziektekostenverzekeraar nadien besloten aan verzoekster een aanvullende coulancebetaling te doen van € 3.035,37. De commissie zal in die beslissing niet treden.
- 9.4. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat de door haar ondergane ingreep, mede door de afwachtende houding van het ziekenhuis in Nederland, niet - tijdig - in Nederland beschikbaar was, zodat zij aanspraak heeft op volledige vergoeding van de door haar gemaakte kosten. De commissie merkt hierover op dat in casu sprake is van een restitutiepolis. Uit artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw volgt dat verzoekster aanspraak heeft op zorgbemiddeling. Door de ziektekostenverzekeraar is zorgbemiddeling aangeboden. Dat door de beide Nederlandse ziekenhuizen de noodzakelijke zorg niet tijdig kon worden verleend, is door verzoekster weliswaar gesteld, maar niet aannemelijk gemaakt. Vast staat slechts dat de zorg in Nederland niet sneller kon worden geleverd dan in Duitsland, doch dit laatste is niet relevant. Bepalend is of de zorg - gelet op de omstandigheden van verzoekster - tijdig in Nederland beschikbaar was. Met betrekking hiertoe geldt dat uit de stukken blijkt dat dr. F. Floth heeft geoordeeld dat de decompressie-operatie op middellange termijn noodzakelijk was. Van schending van de zorgplicht, met als mogelijke gevolg de verplichting voor de ziektekostenverzekeraar de hieruit voor verzoekster voortvloeiende schade te vergoeden, is niet gebleken.

 Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

-  9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

-  9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

-  10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 juli 2016,

 A.I.M. van Mierlo