



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort,
Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg, vergoeding operatieve behandeling nek (decompressie en fusie), second opinion
Zaaknummer : 201502486
Zittingsdatum : 23 november 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Ditzo Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ZorgGoed 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). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering TandBeter is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 operatieve behandeling, uitgevoerd te Bad Wildungen-Reinhardshausen (Duitsland), ten bedrage van € 23.261,49 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat geen toestemming in het kader van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 wordt gegeven, en dat voor de kosten van een second opinion in Duitsland geen vergoeding kan worden verleend ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven, in die zin dat geen vergoeding wordt verleend voor de operatieve behandeling in Duitsland. De ziektekostenverzekeraar heeft dit standpunt bij brief van 26 augustus 2015 herhaald.
- 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 28 april 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 brief van 9 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 september 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 24 september en 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 20 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016118071) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd verzoeker in de gelegenheid te stellen ontbrekende informatie aan te leveren over de ondergane operatie, de bevindingen en de daarop gebaseerde indicatiestelling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 21 oktober 2016 aan partijen gestuurd. Hierbij is verzoeker opgedragen binnen veertien dagen de door het Zorginstituut gevraagde informatie over te leggen. Binnen de gestelde termijn heeft de commissie van verzoeker geen reactie ontvangen.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 november 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker opnieuw in de gelegenheid gesteld de door het Zorginstituut gevraagde informatie aan te leveren. Bij e-mailbericht van 24 november 2016 heeft verzoeker de gevraagde informatie overgelegd. Een afschrift van bedoeld e-mailbericht is op 24 november 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Hierbij heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht te reageren, hetgeen hij bij e-mailbericht van 27 december 2016 heeft gedaan. Een afschrift van laatstgenoemd e-mailbericht is ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 28 december 2016 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. Bij brief van 17 januari 2017 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is komen vast te staan op basis van welke (verzekerings)indicatie verzoeker de operatieve ingreep heeft ondergaan. Daarmee is niet afdoende aangetoond dat verzoeker redelijkerwijs op deze ingreep was aangewezen. Een afschrift van dit advies is op 18 januari 2017 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend neurochirurg in Groningen heeft op 26 november 2013 het volgende verklaard: *"[Verzoeker] zag ik op mijn spreekuur op 22-11-2013 terug. Betreffende voorgeschiedenis verwijst ik naar mijn uitvoerige brief d.d. 19-09-2013. Patiënt komt terug omdat hij toch blijft zitten met problemen aan de nek en met name aan de rechterhand. Behalve doofheid beschrijft hij daar ook een kramp in de hand, soms ook tintelen in het linkerbeen. Met patiënt werd vandaag nog eens de gehele situatie doorgesproken. Daarbij kwam aan bod dat er na een eerdere operatie oppervlakkige metaaldeeltjes in de nek zijn achtergebleven maar dat ik vandaag nogmaals duidelijk aangaf geen indicatie te zien deze te verwijderen. Op grond van de laatste MRI van 22-07-2013 kan ik patiënt's*

neurologische klachten niet goed verklaren. Ik sprak met patiënt af dat ik voor hem neurofysiologisch onderzoek met EMG en MEP / SSEP zal aanvragen. De uitslagen daarvan wil ik met patiënt op mijn spreekuur graag weer doornemen."

- 4.2. De behandelend neurochirurg in Groningen heeft op 31 januari 2014 het volgende verklaard: "[Verzoeker] zag ik terug op mijn spreekuur op 30-01-2014 i.v.m. de uitslagen van het neurofysiologisch onderzoek. Hierbij wordt geen geleidingsstoornis in het ruggenmerg vastgesteld, wel een C8 radiculopathie met vooral een oud, c.q. chronisch beeld. Dit laatste verklaart wel de klachten die patient blijft houden aan zijn rechterhand. Gelet op het feit dat de postoperatieve MRI voldoende ruimte voor het neuroforamen laat zien, zie ik geen nieuwe operatie-indicatie. Als neurochirurg kan ik patient niet verder helpen. Hij zou het verder kunnen proberen met enige vorm van fysiotherapie, c.q. revalidatie danwel pijntherapie. Patient zal hierover met zijn huisarts nog contact hebben. Revisie bij mij werd verder niet afgesproken."
- 4.3. Verzoeker is in Nederland door twee medisch specialisten (een neurochirurg in Groningen en een orthopeed in Nijmegen) gezien, en beiden zijn tot de conclusie gekomen dat zij niets voor hem konden doen. In Duitsland zijn twee klinieken die de operatie waarop verzoeker was aangewezen konden uitvoeren. De Werner Wicker Kliniek in Bad Wildungen deelde mede behandel mogelijkheden voor verzoeker te zien. De huisarts heeft verzoeker daarom op 9 februari 2015 naar deze kliniek doorverwezen. Na onderzoek zijn de artsen aldaar tot een andere diagnose gekomen dan de Nederlandse artsen, en werd een behandeling voorgesteld. De verwijzing en het behandelplan zijn op 17 februari 2015 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 13 maart 2015 heeft verzoeker de kostenopgave voor de operatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, en daarbij verzocht om een E112-formulier. De operatie heeft op 12 mei 2015 plaatsgevonden in de Werner Wicker Kliniek. De ziektekostenverzekeraar weigert thans de kosten van de operatie te vergoeden, omdat deze in het buitenland is uitgevoerd, en omdat geen behandelplan voorhanden is op basis waarvan kan worden vastgesteld of de operatie in Nederland beschikbaar was. Verzoeker bestrijdt dit; een (uitgebreid) behandelplan is overgelegd. De ziektekostenverzekeraar dient daarom een vergoeding te verlenen op basis van het Nederlandse tarief.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat hij rond 1 oktober 2016 een fax heeft gestuurd aan de commissie met daarin de door het Zorginstituut gevraagde informatie. Aangezien dit faxbericht de commissie kennelijk niet heeft bereikt, is verzoeker bereid de gevraagde informatie opnieuw in te zenden, hetgeen hij bij e-mailbericht van 24 november 2016 heeft gedaan.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Er zijn twee manieren om aanspraak te kunnen maken op geplande zorg binnen de EU. In beide gevallen moet het gaan om zorg die wordt gedekt door de zorgverzekering, en waarbij wordt voldaan aan de polisvoorwaarden. Dit kan bijvoorbeeld inhouden dat een verwijzing van de huisarts noodzakelijk is. Indien de zorgverzekering dekking biedt, zijn er twee mogelijkheden:
- vergoeding conform artikel 20 Vo. nr. 883/2004. Op basis van dit artikel moet een verzekerde vooraf toestemming vragen aan de ziektekostenverzekeraar om voor vergoeding van geplande medisch specialistische zorg in een ander EU-land in aanmerking te komen. Deze toestemming kan worden geweigerd indien in Nederland op korte termijn eenzelfde behandeling mogelijk is.
 - vergoeding conform de zorgverzekering. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van geplande medisch specialistische zorg in een ander EU-land tot het in Nederland geldende marktconforme tarief. Dit tarief kan de ziektekostenverzekeraar alleen berekenen aan de hand van een medische indicatie en een behandelplan van de arts.
- Volgens de Europese regels moet eerst worden beoordeeld of aanspraak bestaat op grond van artikel 20 van de verordening.
- In artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering is vermeld dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in de voorwaarden, naar inhoud en omvang wordt bepaald door

de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Voorwaarde voor de vergoeding is derhalve dat de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit wordt getoetst aan de internationale literatuur en de Nederlandse praktijk. Artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 5.2. De zorgverzekering biedt aanspraak op een second opinion. Een second opinion is een consultatie zonder verdere behandeling of diepgaande onderzoeken. Een verzekerde dient na een second opinion terug te gaan naar zijn eerste behandelaar om de uitkomst van die second opinion te bespreken. Indien in Nederland een operatie-indicatie wordt vastgesteld, waarbij wordt vermeld welke specifieke behandeling noodzakelijk is, kan opnieuw een aanvraag worden ingediend om de vergoedingsindicatie vast te stellen. Uit deze aanvraag moet de doelmatigheid van de eventuele operatie en behandeling blijken, alsook het precieze behandelplan.
- 5.3. Verzoeker heeft een aanvraag ingediend voor geplande zorg in Duitsland. Verzoeker is in 2013 aan een hernia op niveau C7 geopereerd en kreeg na deze operatie veel pijn. De chirurg zag echter geen reden om opnieuw te opereren. Ook bij een second opinion in het Radboud ziekenhuis in Nijmegen werd geconcludeerd dat de nek van verzoeker er weliswaar slecht uitzag, maar dat opereren niet mogelijk was. Bij andere second opinions verklaarden de artsen niet te durven opereren. In Duitsland zijn er twee klinieken die met een operatie de nek geheel vastzetten. De verwijzing van de huisarts vermeldt dat verzoeker deze nodig had voor een van deze klinieken in Duitsland. Bij die verwijzing is de brief van 31 januari 2014 van de neurochirurg in Groningen gevoegd. Hierin staat dat geen geleidingsstoornis in de rug is vastgesteld en dat er voldoende ruimte voor het neuroforamen zichtbaar is. De neurochirurg heeft verklaard geen operatie-indicatie te zien en verzoeker niet verder te kunnen helpen. Uit de brief van 27 januari 2015, naar aanleiding van de second opinion in de Werner Wicker Kliniek in Bad Wildingen, blijkt dat verzoeker eerder twee operaties aan zijn nek heeft ondergaan. De kliniek beveelt een operatie in het gebied van de cervicale wervelkolom aan. Pre-operatief dient omgevingsdiagnostiek plaats te vinden omdat ook klachten aan de linkervoet bestaan die in de lumbale wervelkolom moeten worden onderzocht. De indicatie die de Duitse artsen uit de MRI halen is blijkbaar niet gezien door de Nederlandse artsen. In de brief en de offerte is geen duidelijke omschrijving van de operatie gegeven. De beoordeling of de aangevraagde (operatieve) behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk kon daardoor onvoldoende worden uitgevoerd. Nadien heeft verzoeker aanvullende informatie overgelegd, die is voorgelegd aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Diens conclusie is dat op basis van de MRI, EMG en de aanwezige klachten geen bewezen indicatie bestond voor een dergelijke ingrijpende operatie op multiple niveaus. Er is zowel een decompressie als een fusie uitgevoerd. De uitgevoerde behandeling is dusdanig omvattend en invasief dat deze vrijwel nooit wordt verricht en daarmee niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Alleen in zeer uitzonderlijke gevallen (bijvoorbeeld na een trauma of bij dreigende invaliditeit) vindt een dergelijke ingreep plaats. Bij verzoeker was daarvan geen sprake. Een 'rug-tegen-de-muur' situatie was ook niet aan de orde. Voorts blijkt uit de beschikbare informatie niet dat verzoeker na de second opinion in Duitsland is teruggegaan naar de eerste behandelaar in Nederland. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de behandeling of de second opinion ten laste van de zorgverzekering.
- 5.4. De aanvraag van verzoeker is getoetst aan artikel 20 Vo. nr. 883/2004. De toestemming is in eerste instantie geweigerd op de grond dat de aangevraagde behandeling op korte termijn in een ziekenhuis in Nederland mogelijk is. Deze afwijzreden is niet volledig geweest. In de heroverweging is uiteengezet dat, aangezien de zorgverzekering geen dekking biedt voor de door verzoeker ondergane - onbekende - behandeling, waarvan niet kan worden vastgesteld of deze in Nederland wordt aangeboden, de weigering om toestemming te verlenen op grond van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 terecht is geweest. Toestemming mag immers worden geweigerd indien de behandeling niet behoort tot de verzekerde prestaties in het woonland.

- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 5.6. In reactie op de na afloop van de hoorzitting van verzoeker ontvangen informatie stelt de ziektekostenverzekeraar dat deze informatie voor hem geen aanleiding vormt het eerder ingenomen standpunt te wijzigen.
- 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 17 van de zorgverzekering en onderdeel 5. 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 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg is aangewezen op door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, en voor andere vormen van zorg kan gebruikmaken niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 20 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 18.11 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Lid 1 Verwijzers naar medisch specialistische zorg.

Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, of een medisch specialist. (...) De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)

lid 2 Ziekenhuis en ZBC

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 1.095 dagen. Het betreft verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 18.11 (...)

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

(...)

e. Second Opinion

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor een second opinion op verwijzing van een huisarts of medisch specialist. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige

*zorg van de verzekerde zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. De verzekerde moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.
(...)"*

8.4. Artikel 2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"(...)
lid 4 De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in deze zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
lid 5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen."*

8.5. Artikel 18.2 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

*"(...)
lid 2 Advies en bemiddeling bij niet spoedeisende zorg
Als verzekerde in het buitenland wil worden behandeld moet verzekerde er rekening mee houden dat de behandeling niet altijd volgens de zorgverzekering wordt betaald of dat de behandeling duurder is dan in Nederland zodat verzekerde zelf de kosten geheel of gedeeltelijk zal moeten betalen.
Wij raden verzekerde dan ook aan om vooraf contact op te nemen met de Persoonlijke Zorgcoach van Ditzo (...) om van te voren te vernemen of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is. Ditzo heeft met een aantal ziekenhuizen in Duitsland, België en Spanje afspraken gemaakt. (...)
lid 3 Algemeen
De verzekerde die woont in Nederland en zorg geniet buiten Nederland heeft recht op dezelfde vergoeding onder dezelfde voorwaarden als wanneer hij in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan.
lid 4 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:
- aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
of
- recht op dezelfde vergoeding onder dezelfde voorwaarden als wanneer hij in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan.
(...)"*

8.6. De artikelen 2, 18.2 en 18.11 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 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.
Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

In artikel 2.1 lid 3 Bzv is opgenomen 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.

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 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. Verzoeker 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.

9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Het is de commissie gebleken dat de ziektekostenverzekeraar eerst na ongeveer twee maanden heeft gereageerd op dit verzoek om toestemming. Noch in de verordening noch in de nationale wetgeving is opgenomen binnen welke termijn de ziektekostenverzekeraar dient te beslissen op een dergelijk verzoek. Uit eerdere bindende adviezen van de commissie is echter af te leiden dat de ziektekostenverzekeraar binnen een redelijke termijn dient te reageren. De commissie is van oordeel dat de termijn waarbinnen de ziektekostenverzekeraar in de onderhavige kwestie heeft gereageerd niet redelijk is. Voor de beantwoording van de vraag of een en ander consequenties heeft en zo ja welke, is van belang of de onderhavige behandeling in Nederland een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering vormt en of verzoeker hiervoor een (verzekerings)indicatie had. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende.

9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft zich aanvankelijk op het standpunt gesteld dat de ingreep niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en nadien de stelling betrokken dat de ingreep bij bepaalde indicaties weliswaar tot het verzekerde pakket behoort, maar dat een zodanige indicatie bij verzoeker niet aan de orde is. Verzoeker heeft dit bestreden. Volgens hem was de uitgevoerde operatie nog de enige behandelmogelijkheid. Op basis van de indicatie die door de artsen in Duitsland is gesteld, stelt verzoeker dat hij op de operatie was aangewezen.
Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 20 oktober 2016 de commissie geadviseerd bij verzoeker nadere informatie op te vragen, aangezien uit de beschikbare gegevens niet duidelijk bleek welke operatieve ingreep exact werd uitgevoerd, en of verzoeker voor deze ingreep een

(verzekerings)indicatie had. Verzoeker heeft na afloop van de hoorzitting medische informatie overgelegd. Uit het definitief advies van het Zorginstituut van 17 januari 2017 valt op te maken dat verzoeker niet was aangewezen op de bij hem uitgevoerde operatieve behandeling van de nek (decompressie en fusie op meerdere niveaus), zoals vereist op grond van artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

- 9.4. Aangezien een (verzekerings)indicatie ontbreekt, en derhalve geen aanspraak bestaat op vergoeding van de in het geding zijnde kosten ten laste van de zorgverzekering, kunnen aan het feit dat de ziektekostenverzekeraar eerst na twee maanden heeft gereageerd op het verzoek om toestemming geen gevolgen worden verbonden. De ziektekostenverzekeraar was, ook indien tijdig op de aanvraag was beslist, niet gehouden verzoeker op grond van Vo. nr. 883/2004 een S2-formulier (E112) te verstrekken onderscheidenlijk hem de kosten van de behandeling ten laste van de zorgverzekering te vergoeden.
- 9.5. Voorts merkt de commissie op dat ook een gedeeltelijke vergoeding van de kosten, uitgaande van een uitgevoerde second opinion, niet aan de orde is. Ingevolge artikel 18.11 lid 2 sub e van de zorgverzekering bestaat weliswaar aanspraak op vergoeding van de kosten van een second opinion, doch verzoeker is met de bevindingen van de Duitse arts niet voor verdere behandeling teruggekeerd naar zijn oorspronkelijke behandelaar in Nederland. Hiermee is niet voldaan aan de voorwaarden uit voornoemd artikel van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 februari 2017,

P.J.J. Vonk