

# **ANONIEM**

## **BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van C te D, vertegenwoordigd door E te F, tegen G en H beide te I  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, scolioseoperatie, hoogte vergoeding, S2-formulier  
Zaaknummer : 2011.00726  
Zittingsdatum : 21 december 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 20 en 22 van Vo 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van C te D, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd E te F,

tegen

1) G, en

2) H, beide te I,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een scolioseoperatie ten behoeve van verzekerde in het UZ Gent te België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor deze ingreep een bedrag van maximaal € 10.010,93 zal worden vergoed.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 15 november 2010 en 26 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 1 augustus 2011 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 (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 9 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 november 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 19 november en 6 december 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 10 november 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011117849) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat verzekerde was aangewezen op zorg in het buitenland, omdat de zorg in Nederland niet tijdig beschikbaar was, althans niet tijdig aan haar beschikbaar werd gesteld. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 december 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Op 16 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar een nadere schriftelijke reactie aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 16 januari 2012 ter kennisneming naar verzoekster gezonden. Verzoekster heeft vervolgens op 18 januari 2012 telefonisch gereageerd en medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar niet ingaat op haar stellingen.
- 3.11. Bij brief van 16 januari 2012 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de door partijen nagezonden informatie gestuurd met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 23 januari 2012 de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. De conclusie dat verzekerde was aangewezen op zorg in het buitenland, omdat de zorg in Nederland niet tijdig beschikbaar was, althans niet tijdig aan haar beschikbaar werd gesteld, blijft ongewijzigd. Naar aanleiding van het door verzoekster gestelde, dat sprake was van een dubbele aanpak van de scoliose-operatie, hetgeen zou moeten leiden tot een hogere vergoeding, heeft het CVZ geoordeeld dat dit niet leidt tot een andere DBC.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzekerde is bekend met scoliose. In verband hiermede diende zij geopereerd te worden. Op 27 september 2010 stond zij reeds anderhalf jaar op de wachtlijst voor een scolioseoperatie. De aandoening had zich toen al zodanig ontwikkeld dat de pijn steeds heviger werd, waardoor de operatie dringend noodzakelijk werd. In Nederland bestond echter geen mogelijkheid om binnen een redelijke termijn te worden geopereerd.

reerd. Verzoekster heeft zich daarom tot het ziekenhuis in Gent gewend, aangezien de wachttijd voor een operatie daar ongeveer zes weken bedroeg. Op 20 augustus 2010 heeft het eerste consult plaatsgevonden. Hieruit bleek dat de operatie noodzakelijk was. Verzoekster heeft op 27 september 2010 een aanvraag voor de ingreep ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op 20 oktober 2010 heeft de arts, na de pre-onderzoeken, beslist over de operatie en het tijdstip waarop deze zou gaan plaatsvinden.

- 4.2. Op 9 november 2010 heeft de behandeling van verzekerde waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. De longarts heeft gesteld dat uit de preoperatieve onderzoeken is gebleken dat de operatie op korte termijn diende plaats te vinden. Bij longfunctieonderzoek bleek: "duidelijke argumenten voor astma bronchiale met een reversibele longfunctie van 12% na inname van beta2-mimetica. Er was echter ook sprake van een belangrijke hyperinflatie met een toegenomen residueel volume van 163% en op de X-thorax was er sprake van een scoliose met compressie van de rechterlong."
- 4.4. Verzoekster is van mening dat de door verzekerde ondergane operatie geen gewone scolioseoperatie is geweest. In feite was sprake van twee dan wel drie operaties die in één zitting zijn uitgevoerd. De ernst van de curve van de wervelkolom vereiste niet alleen een dubbele aanpak, maar ook een ingrijpen dat een verder negatief effect op de longfunctie moest voorkomen. Dit is mede van belang omdat verzekerde is geboren met een hernia diafragmatica waardoor haar longen onvoldoende zijn ontwikkeld. Hoewel de Nederlandse artsen hiervan op de hoogte waren, hebben zij hieraan geen enkele aandacht besteed. Verzoekster is - met de Belgische arts - van mening dat sprake is van een casusspecifieke heelkundige ingreep. Daarom behoort hier een casusspecifieke vergoeding tegenover te staan en niet een generieke.
- 4.5. Uit informatie van het ziekenhuis in Gent is gebleken dat deze zorginstelling geen overeenkomst heeft met de ziektekostenverzekeraar, maar wel met enkele andere Nederlandse ziektekostenverzekeraars. Deze ziektekostenverzekeraars vergoeden een hoger bedrag voor de onderhavige ingreep. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat hij niet meer zou mogen vergoeden dan het vastgestelde DBC-tarief is dan ook onjuist.
- 4.6. Verzoekster benadrukt dat een verder uitstel van de onderhavige ingreep absoluut onverantwoord was. Het risico bestond dat verzekerde, bij verder uitstel van de ingreep, blijvend invalide zou worden. Daarnaast was sprake van een complicerende situatie in verband met haar longen. De ziektekostenverzekeraar heeft de urgentie van de ingreep nooit weersproken, zodat zulks vaststaat.
- 4.7. Verzoekster heeft voorafgaand aan de ingreep geprobeerd om verzekerde via de wachtlijstbemiddeling van de ziektekostenverzekeraar op korte termijn in Nederland te laten opereren. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster telefonisch medegedeeld geen mogelijkheden te zien voor bemiddeling, omdat de wachtlijsten in alle geraadpleegde ziekenhuizen op dat moment ongeveer anderhalf jaar bedroegen.
- 4.8. Verzoekster betwijfelt of de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar wel kennis heeft genomen van alle door haar aangeleverde medische informatie. De me-

disch adviseur stelt dat als de medische situatie dusdanig was dat een operatie niet langer kon worden uitgesteld, de Nederlandse arts onverwijld tot operatief ingrijpen zou zijn overgegaan. Deze stelling ontbeert echter elke onderbouwing. Daarbij is verzoekster niet zomaar uitgeweken naar België voor de operatie, maar is na zorgvuldig beraad deze beslissing tot stand gekomen.

- 4.9. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de wachttijd van drie tot vier maanden, waarvan de ziektekostenverzekeraar uitgaat, niet correct is. In het AMC, waar verzekerde onder behandeling was, werden deze operaties niet meer uitgevoerd. Hiervoor werd verwezen naar het VUmc. Aangezien in dit ziekenhuis een lange wachtlijst was, heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht om wachtlijstbemiddeling. Daarbij bleek dat ook de wachttijden bij de andere ziekenhuizen die deze operaties uitvoeren, variëren van één tot twee jaar na een eerste consult. Ook voor het eerste consult geldt een wachtlijst variërend van vier tot elf maanden. Verzoekster merkt hierbij op dat verzekerde bij het overstappen van het ene naar het andere ziekenhuis ook voor het eerste consult in het nieuwe ziekenhuis op een wachtlijst zou komen. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat verzekerde al lang op een wachtlijst stond.
- 4.10. Hoewel de ziektekostenverzekeraar blijft ontkennen dat sprake was van spoed - zonder dit met argumenten te onderbouwen – waren de familie en beide behandelaars ervan overtuigd dat de operatie niet onnodig uitgesteld diende te worden.
- 4.11. Verzoekster merkt op dat de ingreep geen ‘gebruikelijke’ ingreep was, maar een zeer gecompliceerde operatie. Dit mede gelet op de problematiek van de longen. Dit blijkt ook uit het operatieverslag. Er was sprake van een dubbele aanpak, namelijk een anterieure release en een posterieure instrumentatie. Verzoekster vindt het jammer dat het CVZ niet heeft geoordeeld dat uitstel van de ingreep onverantwoord was.
- 4.12. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft op 11 november 2009 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, omdat verzekerde geopereerd moest worden en de wachttijd in het AMC toen drie á vier maanden bedroeg. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop, in het kader van wachtlijstbemiddeling, geïnformeerd bij het VUmc, het UMCU en de Sint Maartenskliniek. De wachttijden bij deze instellingen bleken echter langer te zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hierover telefonisch geïnformeerd.
- 5.2. Uit de brief van het AMC van 16 november 2009 blijkt dat verzekerde sinds augustus 2007 aldaar bekend is met idiopathische scoliose. Zij komt in aanmerking voor een operatieve correctie van haar scoliose. Verzoekster heeft echter ervoor gekozen om naar de Sint Maartenskliniek te gaan. Uit de brief van het VUmc van 14 juli 2010 blijkt dat verzekerde aldaar op de wachtlijst is geplaatst. Op 27 september 2010 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming voor behandeling in het UZ te Gent.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van voornoemde aanvraag, vastgesteld dat de diagnosebehandelingcombinatie (hierna: DBC) 05 1100 1392 0213

van toepassing is voor de onderhavige ingreep. Dit is een DBC uit het A-segment. Het tarief dat voor deze DBC is vastgesteld bedraagt € 10.010,93. Op grond van de zorgverzekering wordt maximaal het wettelijk tarief vergoed. Daarom bedraagt de vergoeding voor de onderhavige behandeling maximaal € 10.010,93. Dit is de vergoeding voor de behandeling zoals deze is ondergaan en die geldt voor zowel minder als meer gecompliceerde behandelingen. Genoemd tarief omvat de gehele behandeling, van de eerste intake tot en met de laatste controle en alles wat hiertussen gebeurt.

- 5.4. Uit het dossier blijkt dat verzoekster, kort na het mondelinge bericht dat verzekerde in aanmerking kwam voor een operatie, contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te informeren naar de wachttijden bij andere zorgaanbieders dan het VUmc. Nadat de ziektekostenverzekeraar de hoogte van de maximale vergoeding bekend heeft gemaakt, heeft verzoekster niet opnieuw contact met hem opgenomen voor eventuele wachtlijstbemiddeling.
- 5.5. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat een scolioseoperatie bij verschillende zorgverleners kan plaatsvinden. Uit medisch inhoudelijk oogpunt is het niet verstandig uit te wijken naar een ander ziekenhuis. Verzekerde was in Nederland onder behandeling voor haar scoliose en stond inderdaad al lang op een wachtlijst voor een operatie. Als de medische situatie echter dusdanig was dat een operatie niet langer uitgesteld had kunnen worden, dan zou ook de behandelend arts in Nederland onverwijld tot een operatief ingrijpen zijn overgegaan. Hiermee wil de ziektekostenverzekeraar geenszins de situatie van verzekerde bagatelliseren. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar begrip voor de keuze van verzekerde en haar ouders. Voor de kosten die deze keuze met zich brengt, is echter geen hogere vergoeding mogelijk dan het reeds toegekende bedrag.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar geeft alleen een S2-formulier af indien sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering en de behandeling niet of nauwelijks in Nederland te verkrijgen is. Op basis van de informatie die de ziektekostenverzekeraar over de situatie van verzekerde heeft, is het laatste bij haar niet het geval.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zich, gezien de uitgebreide pleitnota van verzoekster, het recht voorbehouden alsnog op een later tijdstip puntsgewijs op de pleitnota te reageren. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat als het noodzakelijk was geweest verzekerde zo spoedig mogelijk te opereren, de behandelend specialist zou zijn overgegaan tot opereren. Volgens de familie was het noodzakelijk onmiddellijk te opereren, maar volgens de arts was dit niet het geval. Ten aanvulling heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in juli 2010 nog een consult heeft plaatsgevonden en lichamelijk onderzoek is verricht. Verzekerde is toen op de wachtlijst gezet. Bovendien is verzekerde tot januari 2010 behandeld met een brace. Desgevraagd verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hij is uitgegaan van de informatie op de telefoonnotitie van 11 november 2009 waarop staat dat de wachttijd drie tot vier maanden bedraagt. De ziektekostenverzekeraar heeft in het dossier geen aantekening gevonden dat hij zelf onderzoek heeft verricht naar de wachtlijsten in Nederland. Hierbij merkt hij op dat de tijdigheid van behandeling mede afhankelijk is van de medische situatie.

- 5.8. Gezien het voorbehoud dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft gemaakt, heeft de commissie hem op 23 december 2011 de door verzoekster voorgedragen pleitnota gezonden met de mogelijkheid hierop binnen een termijn van twee weken te reageren.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie, na een toegewezen verzoek tot uitstel, bij brief van 12 januari 2012 een nadere reactie gezonden. De medewerkster die op 11 november 2009 heeft gesproken met verzoekster heeft verklaard dat verzekerde, volgens de informatie van verzoekster, op dat moment nog nergens op een wachtlijst stond. Deze medewerkster heeft navraag gedaan naar de wachttijden bij het UMCU en de St. Maartenskliniek te Nijmegen. Uit de brief van het VUmc van 14 juli 2010 blijkt dat verzekerde op die datum op de wachtlijst voor een operatie is geplaatst. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft geen contact gehad met de behandelend specialist. Op grond van de beschikbare informatie had hij geen aanleiding aan te nemen dat de operatie niet tijdig in Nederland zou kunnen plaatsvinden. Er zijn geen medisch geobjectiveerde gegevens om aan te nemen dat de keuze van de familie van verzekerde om naar het UZ te Gent te gaan noodzakelijk was. Verzekerde had een scolioseoperatie in Nederland kunnen afwachten.
- 5.10. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoekster ten laste van de zorgverzekering aanspraak heeft op een hogere vergoeding ter zake van de kosten van een in België uitgevoerde scolioseoperatie ten behoeve van verzekerde dan het bedrag dat reeds door de ziektekostenverzekeraar is toegekend.
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 B10 e.v. van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:
- “(…)  
U heeft recht op vergoeding van kosten van:  
-- onderzoek en diagnostiek,  
-- behandeling,

-- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,  
-- laboratoriumonderzoek,  
-- second opinion.  
(...)"

- 8.3. In artikel B9 van de zorgverzekering is bepaald wanneer aanspraak bestaat op zorg in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 1408/71 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing. Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.*

*Welke zorg*

*U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. (...)*

*Toestemming*

*Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland."*

- 8.4. In artikel B2 van de zorgverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar voor de genoten zorg het bedrag vergoedt dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.
- 8.5. De artikelen B2, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.  
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. Artikel 20 van Vo 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 gezond-*



*heidstoestand 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

- 9.1. De commissie neemt de conclusie van het CVZ dat verzekerde was aangewezen op zorg in de andere lidstaat, omdat deze in Nederland niet tijdig beschikbaar was, althans niet tijdig aan haar beschikbaar werd gesteld over en maakt deze tot de hare. Hetgeen partijen dan nog verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding.
- 9.2. Medisch noodzakelijke zorg, genoten in een andere lidstaat, kan op twee manieren worden vergoed. Enerzijds op grond van EG-Verordening 883/2004, waarbij gedurende het verblijf in een andere Europese lidstaat dan Nederland, het tarief dient te worden vergoed zoals dat geldt volgens het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat van verblijf. Anderzijds op grond van de zorgverzekering waarbij door de ziektekostenverzekeraar het in Nederland geldende Wmg-tarief dan wel het marktconforme bedrag dient te worden vergoed. Indien het tarief volgens het sociale zekerheidsstelsel van de lidstaat van verblijf lager is dan het Nederlandse tarief, dient, op grond van artikel 56 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (hierna: het Werkingsverdrag), aanvulling tot laatstgenoemd tarief plaats te vinden.
- 9.3. Op grond van (artikel 22 lid 1 sub c in samenhang met artikel 20 lid 2) EG-Verordening 883/2004 kan een verzekerde, voorafgaand aan de behandeling, bij het bevoegde orgaan om een S2-formulier verzoeken. Indien toestemming wordt geweigerd, kan achteraf worden getoetst of deze op juiste gronden is onthouden. Een dergelijke toetsing hoeft op grond van het arrest Stamatelaki (HvJ EG 19 april 2007, zaak C-444/05) niet te worden toegepast indien het bevoegde orgaan geen voorafgaande toestemming is gevraagd.
- 9.4. Verzoekster heeft op 27 september 2010 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor de onderhavige ingreep. Deze heeft hierop bij brief van 15 oktober 2010 aan verzoekster ondermeer medegedeeld dat hij het gevraagde S2-formulier niet zal verstrekken. Derhalve moet worden geoordeeld dat tijdig en voorafgaand aan de behandeling bij de ziektekostenverzekeraar om een S2-formulier is verzocht.
- 9.5. Ten aanzien van de vraag of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geweigerd verzoekster een S2-formulier te verstrekken geldt dat de weigeringsgronden voor het afgeven van een S2-formulier zich op grond van voormeld artikel 22 lid 1 onder c in samenhang met artikel 20 lid 2 van EG-Verordening 883/2004 beperken tot de vraag of de betreffende behandeling een verzekerde prestatie is als bedoeld in de zorgverzekering en of deze behandeling in Nederland kan worden gegeven binnen de termijn die gewoonlijk nodig is, beoordeeld naar de gezondheidstoestand van de verzekerde op dat moment en het te verwachten ziekteverloop.
- 9.6. Tussen partijen is niet in geschil dat het hier een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering betreft. Zoals onder 9.1 is overwogen, was de gevraagde zorg niet tijdig in Nederland voorhanden althans werd deze verzekerde niet tijdig beschikbaar gesteld. De conclusie moet derhalve zijn dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft geweigerd het S2-formulier af te geven.

- 9.7. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen zal de ziektekostenverzekeraar per omgaande moeten overgaan tot tarifiering, om vast te stellen welk tarief volgens de sociale ziektekostenverzekering in België aan deze behandeling is verbonden. In dat kader valt niet uit te sluiten dat het Nederlandse tarief hoger is dan het na tarifiering vastgestelde bedrag, in welk geval op grond van het Werkingsverdrag aanvulling tot het Nederlands tarief dient plaats te vinden. In die situatie geldt het volgende. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde DBC-code. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code 05 1100 1392 0213, welke de commissie juist voor komt, ziet op reguliere zorg // Scoliose / Operatief met klinische episode(n). Het bijbehorende tarief ten tijde van de behandeling bedraagt € 10.010,93.
- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoekster recht heeft op het tarief dat in België op basis van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering voor deze behandeling wordt gehanteerd, eventueel aangevuld tot het Nederlandse tarief indien dit laatste hoger mocht blijken te zijn.

### **Conclusie**

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, op de wijze zoals in de rechtsoverwegingen 9.7 en 9.8 is bepaald. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 8 februari 2012,

Voorzitter