

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E te F
Zaak : Verenigde Staten, behandeling voor Superior Canal Dehiscence syndroom, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.01609
Zittingsdatum : 26 juni 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4, 2.10 en 2.14 Bzv, art. 17 en 18 Vo 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling in verband met het Superior Canal Dehiscence syndroom (hierna: SCD), uitgevoerd in de Verenigde Staten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 mei 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 2.881,37.
- 3.2. Verzoeker heeft de kwestie voorgelegd aan de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar besloten heeft de vergoeding te verhogen naar een bedrag van € 8.852,78.
- 3.3. Bij brief van 5 november 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, althans tot een hoger bedrag dan € 8.852,78, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 januari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 januari 2013 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 januari 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 14 juni 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 28 januari 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 mei 2013 (zaaknummer 2013011532) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het aan de ziektekostenverzekeraar is het Nederlandse tarief vast te stellen. De kosten voor verblijf en vervoer vallen niet onder de basisverzekering. De ziektekostenverzekeraar kan nog bij de Nederlandse beroepsgroep nagaan welke zorgactiviteit door hen, voor een operatie zoals verzoeker heeft ondergaan, wordt ingevoerd. Vooralsnog komt verzoeker niet in aanmerking voor een hogere vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is op 2 mei 2013 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 26 juni 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 28 juni 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 10 juli 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is bekend met SCD. Dit is een ziektebeeld waarbij het overliggende botgedeelte van het voorste verticale halfcirkelvormige kanaal ontbreekt of heel erg dun is. De hiervoor benodigde zorg is niet beschikbaar in België, het woonland van verzoeker, en evenmin in Nederland. De Belgische behandelend arts heeft verzoeker aangeraden zich te wenden tot één van de twee Amerikaanse klinieken die in de behandeling zijn gespecialiseerd. Verzoeker heeft gekozen voor de goedkoopste van de twee. De totale kosten van de behandeling, het verblijf en het vervoer bedragen \$ 47.341,--.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft, na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, besloten tot een vergoeding van € 8.852,78, hetgeen is gebaseerd op een DOT-code. Verzoeker begrijpt niet hoe de zorgverzekeraar tot de hoogte van dit bedrag is gekomen, aangezien geen DOT-code beschikbaar zal zijn voor een behandeling die niet in Nederland wordt uitgevoerd. De gekozen DOT-code heeft betrekking op een reguliere klinische behandeling aan keel, neus en oren door een neurochirurg.
- 4.3. Naast vergoeding van de kosten van de behandeling verzoekt verzoeker om een tegemoetkoming in de kosten van juridische bijstand, thans begroot op een bedrag van € 10.000,--.

- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de noodzaak van de medische ingreep niet in het geding is. Hij leed aan SCD en kon niet meer naar behoren functioneren. De symptomen hierbij waren ernstige pijn, evenwichtsverlies, braakneigingen en duizeligheid. Er was zodoende een acute noodzaak voor een behandeling. Voor zover verzoeker kon nagaan was er geen ziekenhuis in Europa dat voldoende kennis en ervaring had om de ingreep uit te voeren. Uiteindelijk vond hij in de Verenigde Staten een instituut dat wél voldoende kennis en ervaring had. Alvorens de medische behandeling aldaar te laten plaatsvinden, heeft verzoeker diverse malen contact gezocht met de zorgverzekeraar. Hierop werd niet gereageerd. Evenmin werd hem medegedeeld dat in Nederland een alternatief bestond, te weten een behandeling in een ziekenhuis in Maastricht. Zelfs in de brief van de zorgverzekeraar van 17 september 2012 wordt verklaard dat bekend is dat de SCD-behandeling niet in Nederland wordt uitgevoerd. Wel wordt de toegekende vergoeding gekoppeld aan een DOT-code waarvan wordt gesteld dat dit een redelijke marktprijs is. Verzoeker wijst erop dat hij de zorg moet kunnen krijgen alwaar deze beschikbaar is.
- 4.5. Verzoeker stelt verder dat de zorgverzekeraar telefonisch diverse argumenten in stelling heeft gebracht om te trachten aan de verplichting tot vergoeding te ontkomen. Uit het CVZ-advies blijkt nu dat in Nederland SCD te diagnosticeren en te behandelen is. De behandeling zou in een ziekenhuis in Maastricht kunnen plaatsvinden. Echter, het is verzoeker uit eigen onderzoek gebleken dat door dit ziekenhuis vanaf 2005 maar vijf maal per jaar de onderhavige ingreep is uitgevoerd, waarvan twee maal met ernstige problemen. De behandelend arts in de Verenigde Staten heeft ruim 250 keer een SCD-behandeling met succes uitgevoerd. Verzoeker meent daarom dat van hem niet kon worden gevergd dat hij zou kiezen voor behandeling in Maastricht.
- 4.6. Tot slot stelt verzoeker dat in de artikelen 1.6, 9.1 en 9.2 van de zorgverzekering is bepaald dat vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder plaatsvindt tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Uit de in het geding gebrachte documentatie blijkt dat de onderhavige behandeling in Nederland niet of nauwelijks wordt toegepast, laat staan getarifeerd is. In die zin is de bepaling uit de zorgverzekering in de kern onjuist, arbitrair en willekeurig. Dit wordt geïllustreerd door het feit dat door de zorgverzekeraar eerst een bepaald tarief is vastgesteld, en vervolgens een ander tarief werd toegepast. Hierdoor is de indruk gewekt dat de zorgverzekeraar een keuze maakt uit een gekaderde waaier van mogelijkheden binnen een bestaande tariefstructuur. Verzoeker mocht echter van de zorgverzekeraar verwachten dat deze zich een goed beeld vormde van de ingreep als zodanig, de hiervoor benodigde expertise, de duur van de operatie, enzovoort, op basis waarvan tot een redelijke marktprijs zou zijn gekomen. Dat is tot op heden niet gebeurd. Verzoeker wenst een reële vergoeding van de zorgverzekeraar die recht doet aan de aard van de noodzakelijke, gecompliceerde, langdurige en kostbare ingreep, en die op adequate wijze is onderbouwd. Thans is een onredelijk lage vergoeding toegekend. Volgens verzoeker wordt de vergoeding in België op een andere wijze berekend, namelijk door aan de diverse componenten van de ingreep afzonderlijke tarieven toe te kennen.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Aan de hand van de beschikbare informatie heeft de zorgverzekeraar besloten een vergoeding te verlenen van € 2.881,37 op basis van DBC-code 02.11.00.0017.0213. Deze code heeft betrekking op een klinisch onderzoek of een behandeling door keel-, neus- en oorheelkunde in verband met vertigo (evenwichtsstoornissen). Naar aanleiding van de vraag van de Ombudsman Zorgverzekeringen waarom geen DOT-code is gebruikt, nu de behandeling eind februari 2012 heeft plaatsgevonden, heeft de zorgverzekeraar besloten tot een vergoeding van € 8.852,78 op basis van DOT-code 972802027.
- 5.2. Aanvankelijk is gesteld dat de operatie die verzoeker heeft ondergaan niet wordt uitgevoerd in Nederland. De gehanteerde DOT-code kan worden gezien als de geldende redelijke marktprijs. De kosten van verblijf in het motel en het vervoer per vliegtuig en huurauto komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat naar aanleiding van het CVZ-advies contact is gezocht met de beroepsvereniging. Van de vereniging is vernomen dat de ingreep het meest overeenkomt met DBC 14031813, hetgeen leidt tot DOT 89999065 (chronische otitis media) met een tarief van € 4.080,18. Dit tarief zou zijn berekend als de ingreep in Nederland was uitgevoerd. Er zijn geen aparte codes voor de behandeling die verzoeker heeft ondergaan. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat voor het verloop van de aanvraag reeds excuses zijn aangeboden. Dat de behandeling ook in Nederland kon worden uitgevoerd, was in eerste instantie niet bekend. Het CVZ heeft hier op gewezen. Verzoeker zou overigens toch niet naar de Nederlandse arts zijn gegaan.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel een hoger bedrag dan € 8.852,78 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)”

- 8.4. Artikel 32 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op verblijf en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van maximaal 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)”

- 8.5. Onderdeel III van de zorgverzekering omschrijft het begrip “instelling” als volgt:

*“1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.”*

- 8.6. Artikel 33 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zittend ziekenvervoer en luidt, voor zover hier van belang:

“zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

- a. u moet nierdialyses ondergaan;*
- b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;*
- c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;*
- d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;*
- e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar. (...)”*

- 1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.*
- 2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.”*

- 8.7. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- *zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)*

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u één of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met de [naam zorgverzekeraar] Alarmcentrale. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. (...)”

- 8.8. Artikel 1.4 van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en luidt, voor zover hier van belang:

“Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2012, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.”

- 8.9. De artikelen 1.4, 9, 14, 32, 33 en ‘onderdeel III’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.10. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Verblijf is geregeld in artikel 2.10 Bzv en zittend ziekenvervoer in artikel 2.14 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.11. 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 zorgverzekeraar 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.

8.12. Artt. 17 en 18 Vo. nr. 883/2004 luiden, voor zover hier van belang:

“Artikel 17

Woonplaats in een andere dan de bevoegde lidstaat

Een verzekerde en zijn gezinsleden die in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat wonen, hebben in de lidstaat van hun woonplaats recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de woonplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof zij krachtens die wetgeving verzekerd waren.

Artikel 18

*Verblijf in de bevoegde lidstaat terwijl de woonplaats in een andere lidstaat ligt -
Bijzondere regels voor gezinsleden van grensarbeiders*

1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, kunnen de in artikel 17 bedoelde verzekerden en hun gezinsleden de verstrekkingen eveneens tijdens een verblijf in de bevoegde lidstaat verkrijgen. De verstrekkingen worden verleend door en voor rekening van het bevoegde orgaan, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkene in die lidstaat woonde.

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Omdat verzoeker een grensarbeider is, heeft hij ingevolge de artikelen 17 en 18 van Vo. nr. 883/2004 de keuze tussen zorg in het woonland en zorg in de bevoegde lidstaat, in casu België respectievelijk Nederland. Verzoeker heeft zorg genoten in de Verenigde Staten.
Uit het dossier blijkt dat hij aanvankelijk om vergoeding van de kosten van de onderhavige behandeling heeft verzocht bij de Belgische mutualiteit. Wat de uitkomst hiervan is, is onduidelijk. Voor het vervolg zal de commissie ervan uitgaan dat door de mutualiteit geen enkele vergoeding is verleend, mocht dat evenwel anders blijken te zijn, dan is de zorgverzekeraar gerechtigd tot verrekening over te gaan, dan wel verdere vergoeding te weigeren.
- 9.2. Bij de aanspraken die verzoeker maakt op grond van het Nederlandse stelsel, is het volgende van belang. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar een zorgverzekering afgesloten. Het betreft hierbij een naturapolis. Uit hoofde daarvan rust op de zorgverzekeraar een zorgplicht. Deze bestaat hierin dat de zorgverzekeraar gehouden is er voor te zorgen dat de verzekerde, bij wie het verzekerde risico zich voordoet, in de gelegenheid is de prestatie, bestaande uit de zorg of andere dienst waaraan hij behoefte heeft, te betrekken bij een (daartoe door de zorgverzekeraar gecontracteerde) zorgaanbieder. Uit het dossier is op te maken dat verzoeker de zorgverzekeraar eerst op 23 februari 2012 heeft geïnformeerd over de noodzaak een behandeling vanwege SCD te ondergaan. Verzoeker is hiertoe op 26 februari 2012 afgereisd naar de Verenigde Staten. Hiermee staat vast dat verzoeker de zorgverzekeraar geen redelijke mogelijkheid heeft geboden om invulling te geven aan de op hem rustende zorgplicht. Van een tekortkoming in de nakoming, met een daaraan gekoppelde verplichting tot schadevergoeding, is derhalve geen sprake.
- 9.3. De zorgverzekeraar is overgegaan tot een gedeeltelijke vergoeding van de kosten op grond van de verzekeringsvoorwaarden. De vraag die partijen verdeeld houdt is of de hoogte van de verleende vergoeding juist is.

De zorgverzekeraar is ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van DOT-code 972802027 met als omschrijving: *“Operatie aan keel / neus /oren (Met verpleegligdagen) bij / door een neurochirurg”*. Het betreft een code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief is ten tijde van de behandeling (februari 2012) € 8.852,78. Op grond van artikel 1.4 van de zorgverzekering worden de kosten van zorg, die wordt betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, vergoed tot maximaal 80% van het gemiddelde tarief voor 2012, zoals dit voor de betreffende vorm van zorg is overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders dan wel het geldende Wmg-tarief. De zorgverzekeraar is overgegaan tot volledige vergoeding van genoemd bedrag. De commissie zal in die beslissing niet treden.

- 9.4. In zijn advies van 1 mei 2013 heeft het CVZ nog de suggestie gedaan dat bij de betreffende beroepsgroep zou kunnen worden nagegaan welke zorgactiviteit door hen, voor een operatie zoals verzoeker heeft ondergaan, wordt ingevoerd. De zorgverzekeraar heeft hier gevolg aan gegeven en navraag gedaan bij de beroepsvereniging. Hieruit is naar voren gekomen dat voor de onderhavige behandeling DOT-code 89999065 zou zijn gehanteerd, met een tarief van € 4.080,18. Aangezien dit tarief lager is dan het reeds toegekende bedrag van € 8.852,78, zal de commissie dit punt verder laten rusten.
- 9.5. Met betrekking tot de kosten van het verblijf geldt dat deze ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed indien het gaat om verblijf in een instelling als omschreven bij de begripsomschrijvingen van de zorgverzekering, namelijk een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen dan wel een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen. Vast staat dat verzoeker na het ontslag uit het ziekenhuis in een motel is verbleven, welke kosten hij in het kader van de onderhavige procedure van de zorgverzekeraar vordert. Gelet op het bepaalde in ‘onderdeel III’ voldoet het verblijf niet aan de voorwaarden voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- 9.6. Verder heeft verzoeker aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer per vliegtuig en huurauto. Nog daargelaten dat verzoeker niet behoort tot één van de vier in artikel 33 van de zorgverzekering genoemde groepen van verzekerden die in aanmerking komen voor zittend ziekenvervoer, en voorts niet is voldaan aan de hardheidsclausule, heeft verzoeker geen voorafgaande toestemming gevraagd aan de zorgverzekeraar voor vervoer over een afstand van meer dan 200 kilometer en anders dan per auto of openbaar vervoer. Hij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het vervoer per vliegtuig en huurauto, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.7. Gelet op het voorgaande, zijn de door verzoeker gevorderde kosten van rechtsbijstand, niet toewijsbaar.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 augustus 2013,

Voorzitter