



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR
Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort

Zaak : Thailand, geneeskundige zorg, geslachtsveranderende operatie, hoogte
vergoeding, zuivere restitutiepolis

Zaaknummer : 201700898

Zittingsdatum : 9 mei 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van De Amersfoortse Zorgverzekering Flexibel 2015 (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 Aanvulling Optimaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 geslachtsveranderende operatie, uit te voeren in Thailand, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor deze ingreep maximaal € 10.693,33 wordt vergoed. Deze vergoeding is gebaseerd op DOT-code 990004018/17D172. De verblijfskosten boven de reguliere verpleegklasse, hotelkosten en vervoerskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 17 februari 2017 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 20 september 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 10.693,33 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 5 maart 2018 (binnengekomen op 12 maart 2018) zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 maart 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 april 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 23 april 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018015197) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar het juiste DBC-zorgproduct is gehanteerd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 april 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 mei 2018 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid geboden een aanvullende reactie te geven. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan bij brief van 27 juni 2018 gebruik gemaakt. Een afschrift van deze brief is aan verzoekster gezonden. Verzoekster heeft hierop bij brief van 10 juli 2018 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. Bij brief van 11 juli 2018 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. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 juli 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Bij brief van 15 december 2014 heeft de behandelend psycholoog/psychotherapeut i.o. ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een geslachtsveranderende operatie, uit te voeren in Thailand. De zorgaanbieder verklaart dat verzoekster sinds augustus 2013 bij hem onder behandeling is vanwege genderdysforie, volgens de internationale richtlijnen Harry Benjamin Standard of Care 7 (WPATH). Vanaf 1 maart 2015 heeft zij de tweede diagnostische fase, de zogenoemde Real Life Experience, afgerond en komt zij in aanmerking voor de geslachtsveranderende operatie.
- 4.2. Nadat de aangevraagde operatie was uitgevoerd, heeft verzoekster de nota hiervan ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens een bedrag van € 10.693,33 aan haar vergoed. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 1 januari 2017 verzocht de kosten van voornoemde ingreep alsnog volledig te vergoeden. Zij heeft in dat verband aangevoerd dat haar is gebleken dat het in Nederland gehanteerde tarief een stuk hoger ligt dan het bedrag dat aan haar is vergoed. In Nederland zou deze ingreep alleen kunnen worden uitgevoerd in het VUmc. Het VUmc rekent hiervoor ruim € 14.000,--. Verzoekster heeft dit tarief gecontroleerd aan de hand van de zorgkostenoverzichten van patiënten die de ingreep in Nederland hebben ondergaan.

- 4.3. Verzoekster dacht dat zij een ('zuivere') restitutiepolis had. Zij wist niet dat er verschillende soorten restitutiepolissen waren, te weten een "zuivere" en een "niet-zuivere". De ziektekostenverzekeraar heeft haar niet geïnformeerd over het feit dat zij in 2015 een 'niet-zuivere' restitutiepolis had. Er zijn daarom volgens verzoekster twee mogelijke scenario's: (i) zij had een 'zuivere' restitutiepolis en daarom moet de ziektekostenverzekeraar de kosten van de ingreep volledig vergoeden; of (ii) zij had een 'niet-zuivere' restitutiepolis, maar de ziektekostenverzekeraar heeft haar niet tijdig gewezen op de wijziging in de polisvoorwaarden waardoor de verzekering op enig moment is gewijzigd van een 'zuivere' naar een 'niet-zuivere' restitutiepolis. De ziektekostenverzekeraar heeft het altijd over een 'restitutiepolis'. Hiermee heeft hij verzoekster misleid. Als zij had geweten dat in 2015 sprake was van een 'niet-zuivere' restitutiepolis, zou zij eind 2014 op zoek zijn gegaan naar een 'zuivere' restitutiepolis.
- 4.4. Verzoekster vordert vergoeding van het volledige gedeclareerde bedrag. In de polisvoorwaarden is bepaald dat het in Nederland gebruikelijke bedrag wordt vergoed. Zij heeft in de onderhavige procedure aangetoond dat het gedeclareerde bedrag als gebruikelijk mag worden aangemerkt. Daarnaast vordert zij dat de reclame-uitingen en polisvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar zodanig worden aangepast dat voor iedereen duidelijk is wat het verschil is tussen een 'zuivere' en 'niet zuivere' restitutiepolis, zodat iedereen een gefundeerde keuze gemaakt kan worden aan het einde van het jaar.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster opgemerkt dat het bedrag dat door het ziekenhuis in rekening is gebracht niet buitensporig hoog is. Er worden voor deze ingreep hele hoge bedragen berekend, maar volgens de ziektekostenverzekeraar is maar een vergoeding van € 6.000,-- mogelijk. Uiteindelijk is - door een fout - € 10.000,-- vergoed. Hier was verzoekster blij mee, maar zij kwam erachter dat de hoogte van de vergoeding toch niet juist is. Inmiddels is er namelijk een rechtszaak geweest bij een ander label van de ziektekostenverzekeraar, en in die kwestie is de verzekerde in het gelijk gesteld. Verzoekster kon in Amsterdam niet worden behandeld vanwege de wachttijd. Zij heeft een traject gevolgd via een onafhankelijk psycholoog en psychiater, maar kon in het VUmc niet worden behandeld, omdat zij het hele traject dan eerst opnieuw had moeten doorlopen. In Groningen wordt een postcode-beleid gevoerd, zodat zij aldaar niet kon worden geholpen. Ten tijde van de behandeling is er een hele discussie geweest over een "zuivere" en een "niet-zuivere" restitutiepolis, maar dat is hier helemaal niet aan de orde.
- 4.6. Bij brief van 10 juli 2018 heeft verzoekster, in reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 27 juni 2018, opgemerkt dat een zeer algemeen DBC-zorgproduct wordt gehanteerd. Deze code ziet niet specifiek op een vaginoplastiek. Bovendien gaat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte uit van gecontracteerde tarieven. Gekeken moet worden naar de passantentarieven, die in een flink aantal gevallen de € 20.000,-- kunnen overschrijden. De wachttijd voor de behandeling in Nederland was onacceptabel hoog. Verder moet worden aangetekend dat de wachttijden ook in de nabij gelegen landen lang zijn en dat patiënten uit eigen land veelal voorrang krijgen. De keuze voor Thailand heeft verzoekster niet uit luxe gemaakt, zoals door de ziektekostenverzekeraar ter zitting werd gesuggereerd. De ziektekostenverzekeraar gaat ten onrechte uit van artikel 18, derde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Gekeken moet worden naar het vierde lid van genoemd artikel. Gelet op het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar gehouden verzoekster ook het restantbedrag van € 3.408,07 te vergoeden.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De behandelend psycholoog/psychotherapeut i.o. heeft ten behoeve van verzoekster op 15 december 2014 een machtiging aangevraagd voor een geslachtsveranderende operatie, uit te voeren in Thailand. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 26 augustus 2015

medegedeeld dat de maximale vergoeding voor de aangevraagde ingreep € 10.693,33 bedraagt. Deze vergoeding is gebaseerd op DOT-code 990004018/17D172. Verblijfskosten boven de reguliere verpleegklasse, hotelkosten en vervoerskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

- 5.2. Verzoekster heeft de aangevraagde operatie in Thailand ondergaan. Er is sprake van zorg in het buitenland, niet zijnde een EU- of EER-lidstaat, of een ander verdragsland. Op grond van artikel 18.2 van de zorgverzekering is daarom artikel 3, derde lid, van de zorgverzekering van toepassing. In laatstgenoemd artikel is bepaald dat in een dergelijke situatie aanspraak bestaat op vergoeding van het gemiddelde contractstarief.
- 5.3. Naar aanleiding van het verzoek van verzoekster van 1 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat indien de zorg wordt afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder maximaal het gemiddelde contractstarief wordt vergoed. Uit controle is evenwel gebleken dat voor verzoekster het tarief van de betreffende DOT-code te hoog is berekend. Verzoekster had eigenlijk aanspraak op een bedrag van € 6.321,94. Omdat de ziektekostenverzekeraar het tarief niet goed heeft berekend en de vergoeding reeds was uitgekeerd, heeft hij besloten het teveel uitgekeerde bedrag niet terug te vorderen.
- 5.4. De informatie over de verzekering op de website van de ziektekostenverzekeraar is helder. Hier is te lezen dat kan worden gekozen voor een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, en dat in dat geval een vergoeding wordt verleend die gelijk is aan het bedrag dat met de gecontracteerde zorgaanbieder is afgesproken. Dat in 2015 geen 'zuivere' restitutiepolis werd aangeboden is juist, maar hierover is de ziektekostenverzekeraar duidelijk geweest. Er is geen sprake geweest van een wijziging van de voorwaarden met ingang van 1 januari 2015. Ook voorheen was geen sprake van een 'zuivere' restitutiepolis. Dat verzoekster door informatie op de website van de ziektekostenverzekeraar is misleid, acht de ziektekostenverzekeraar daarom niet aannemelijk.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat in de polis niet staat dat een volledige vergoeding mogelijk is. Het gaat om het gemiddeld contractstarief zoals de ziektekostenverzekeraar dit heeft afgesproken voor het betreffende DBC-zorgproduct. De Ombudsman heeft verwezen naar een beleidsuitspraak van de NZa die op dat moment nog niet van kracht was. Dit heeft voor verwarring gezorgd. In de onderhavige polis wordt niet gewerkt met een zelf geconstrueerde definitie van "marktconform tarief", maar wordt gesproken van het gemiddeld markttarief, en dat is ook uitgekeerd. Daarmee is de positie van de ziektekostenverzekeraar duidelijk. Met de uitspraak van de rechter in de andere zaak is de ziektekostenverzekeraar het overigens niet eens. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen niet in hoger beroep te gaan, dit op basis van een gemaakte kosten-baten-analyse. Wat de rechtbank ook heeft uitgesproken is dat het bedrag van het hinderpaalcriterium hooguit € 500,- mag zijn. Dit is een doodsteek voor de vrije zorginkoop. De zorgverzekering betreft een combinatiepolis. Door de verzekerde kan worden gekozen voor gecontracteerde zorg. Als daarvoor niet wordt gekozen, kan er een korting plaatsvinden.
- 5.6. Bij brief van 27 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in 2015 een contract was gesloten met zowel de transgenderkliniek in Groningen (UMCG) als in Amsterdam (VUmc). Voor het UMCG betrof het overeengekomen tarief € 6.434,36 en voor het VUmc € 9.845,73. Aangezien voor transgenderzorg geen zogenoemde 'treeknorm' bestaat, is het lastig te beoordelen welke wachttijd acceptabel is. In de onderhavige situatie zou ook een onacceptabel hoge wachttijd niet hebben geleid tot een ander standpunt, omdat de behandeling is ondergaan in Thailand, zodat Vo. nr. 883/2004 niet van toepassing is.

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 de artikelen 17 van de zorgverzekering en 18 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 10.693,33 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18.1 tot en met 18.23 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 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 of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 18.12.

(...)

d. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op de vergoeding van kosten, indien die strekt ter correctie van:

(...)

- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

(...)"

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

"(...)

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.

(...)"

 8.5. In artikel 3 van de zorgverzekering is de prestatiewijze en dekking geregeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Deze zorgpolis omvat de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van kosten. Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen worden afgesloten.

lid 2 Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
- het wettelijke maximum tarief dat op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld.
- wanneer er geen wettelijk tarief is vastgesteld, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg en er geen tarieven zijn overeengekomen met de zorgaanbieder die de zorg heeft verleend, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconforme tarief.

lid 3 Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, vindt vergoeding plaats tot maximaal het gemiddelde contractstarief. Een overzicht van de gecontracteerde zorg en de contractstarieven is terug te vinden op www.amersfoortse.nl/zorg of op te vragen bij de afdeling Zorg Claimbehandeling via (033) 464 20 61.

(...)”

- 8.6. De artikelen 3, 18.2 en 18.11 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2, eerste lid, van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Geneeskundige zorg, waaronder behandeling van plastisch-chirurgische aard, 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen Thailand en Nederland is geen verdrag gesloten inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat de voorwaarden van de zorgverzekering leidend zijn. Niet in geschil is dat een geslachtsveranderende operatie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is

de vraag naar de hoogte van de verleende vergoeding. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie uitgegaan van DBC-zorgproductcode 990004018 met als omschrijving: *"Diagnosen lichaam | Reconstructie vrije lap/lower body lift | Plastische chirurgie (...) Een ingewikkelde en uitgebreide hersteloperatie van spieren/pezen/bloedvaten/zenuwen of verwijderen huid- en vetoverschot van onderlichaam en opnieuw vormgeven van billen door een plastisch chirurg (...)"*. 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. Gelet op de lijst 'Marktconform tarief 2015' van de ziektekostenverzekeraar bedraagt het bijbehorende tarief € 10.693,33. Dit bedrag is aan verzoekster uitgekeerd.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in tweede instantie medegedeeld dat een andere DBC-zorgproductcode passender is, namelijk code 990004023 met als omschrijving: *"Diagnosen lichaam | Reconstructie zeer groot | Plastische chirurgie (...) Grote en zeer uitgebreide hersteloperatie aan het lichaam door een plastisch chirurg (...)"*. Ook deze code is afkomstig uit het B-segment, en kent volgens de lijst 'Marktconform tarief 2015' van de ziektekostenverzekeraar een bijbehorend tarief van € 6.321,94. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld het teveel uitgekeerde bedrag niet terug te vorderen.
- 9.4. Dat de ziektekostenverzekeraar is tekort geschoten in de op hem rustende zorgplicht, op grond waarvan hij gehouden zou zijn de ontstane schade te vergoeden, is door verzoekster weliswaar gesteld doch niet aannemelijk gemaakt. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar niet aangesproken op het eventuele tekort aan gecontracteerde zorg. Zij heeft zelf ervoor gekozen de behandeling 'op te knippen' en zag zich vervolgens ermee geconfronteerd dat de verschillende onderdelen niet goed aansloten. Dit is een gevolg van een door haar gemaakte keuze, waarbij de wens in Thailand te worden geopereerd mogelijk al bestond.
- 9.5. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 23 april 2018 is DBC-zorgproductcode 990004023 in de situatie van verzoekster passend. Zij heeft geen aanspraak op een hoger tarief, ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster heeft een door het VUmc berekend tarief van ruim € 14.000,-- aangehaald. Dit tarief zou volgens verzoekster moeten worden gehanteerd omdat de door haar ondergane ingreep alleen in het VUmc wordt uitgevoerd. De commissie merkt hierover op dat verzoekster is verzekerd op grond van een combinatiepolis. Voor een dergelijke verzekering geldt dat de zorgverzekeraar, op grond van artikel 13 Zvw, de hoogte van de vergoeding bepaalt indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorg. In dat geval kan een restitutiekorting worden toegepast. Hiervoor is toegelicht op welke wijze de betreffende vergoeding is bepaald. Van een percentuele korting omdat gebruik is gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is geen sprake. Dit neemt niet weg dat een aanzienlijk bedrag voor rekening van verzoekster is gebleven. Hoewel de commissie zich kan voorstellen dat een hoog nominaal bedrag dat voor eigen rekening blijft onder omstandigheden een feitelijke hinderpaal kan opleveren, ziet zij geen grond dit nominale bedrag in algemene zin te kwantificeren, zoals in de rechtspraak wel is gedaan. Het niet-vergoede bedrag is overigens, als percentage van de totale kosten, niet zodanig dat dit een feitelijke hinderpaal vormt voor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg. Voor een ('zuivere') restitutiepolis is het voorgaande in zoverre anders dat de zorgverzekeraar, op grond van artikel 2.2 Bzv, is gehouden de kosten te vergoeden indien het tarief naar de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. In dat verband zou het tarief van het VUmc een rol kunnen spelen. Verzoekster heeft echter geen ('zuivere') restitutiepolis, maar een combinatiepolis. Daarom is op haar een ander vergoedingsregime van toepassing. Dat dit regime is gewijzigd, is in de procedure weliswaar door verzoekster gesteld, maar niet onderbouwd. Haar stelling ter zake wordt daarom gepasseerd. Om die zelfde reden treft haar verwijzing naar een recente uitspraak van de Rechtbank Midden-Nederland (ECLI:NL:RBMNE:2018:1049) over het toepassen van het passantentarief geen doel.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.



Reclame-uitingen

- 
- 9.7. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat zij is misleid door informatie op de website van de ziektekostenverzekeraar. Hieruit was volgens haar op te maken dat zij een zogenoemde 'zuivere' restitutiepolis had afgesloten, terwijl het ging om een combinatiepolis. Had zij dit eerder geweten, dan had zij zich elders op een andere wijze verzekerd. Deze stelling van verzoekster - die gemotiveerd is bestreden door de ziektekostenverzekeraar - is evenwel niet met stukken onderbouwd, en wordt om die reden gepasseerd.



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, 29 augustus 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester