



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, spondylodese, hoogte vergoeding, reis- en
verblijfkosten
Zaaknummer : 201600909
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 en 11 Zvw, 2.1, 2.2, 2.4 en 2.14 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (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 Delta Lloyd Zilver afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een nucleotomie C4-C5, uit te voeren te München, Duitsland. Bij brieven van 17 en 25 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster gevraagd om aanvullende informatie, omdat de aanvraag op basis van de tot dan verstrekte gegevens niet kan worden beoordeeld. Verzoekster heeft de gevraagde informatie op 29 augustus 2015 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij zij heeft vermeld dat de behandelend arts heeft geoordeeld dat een nucleotomie de klachten niet zal verhelpen en dat wordt gekeken welke behandeling wél het gewenste resultaat zal hebben. Bij brief van 5 september 2015 heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de behandelend arts heeft besloten een spondylodese C6-C7 uit te voeren. Daarnaast verzoekt zij om vergoeding van de reis- en verblijfkosten die verband houden met voornoemde ingreep (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 14 september 2015 opnieuw verzocht om verdere aanvullende informatie, omdat hij op grond van de beschikbare gegevens de aanvraag voor de spondylodese niet kon beoordelen. Bij brief van 27 september 2015 heeft verzoekster de gevraagde informatie toegestuurd.

Bij brieven van 9 oktober 2015 en 4 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing ter zake van de operatie te herzien, en alsnog een vergoeding van maximaal € 11.376,29 toe te kennen. Ter zake van de gevorderde reis- en verblijfkosten heeft de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissing gehandhaafd.

- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 9 juli 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag van € 11.376,29 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede een gepaste bijdrage in de reis- en verblijfkosten van verzoekster en haar echtgenoot te verlenen (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 23 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 september 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 november 2016 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 26 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 27 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016120632) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde zorgproductcode 131999261 passend is voor de uitgevoerde ingreep. De door verzoekster aangedragen zorgproductcode 131999257 beschrijft onder andere een spondylodese over vier of meer segmenten of een circumferente spondylodese. Deze zijn evenwel niet uitgevoerd bij verzoekster. Daarentegen beschrijft zorgproductcode 131999261 zowel de (re)spondylodese als de anterieure benadering van de cervicale discectomie. Het Zorginstituut merkt verder op dat de gemaakte reis- en verblijfkosten niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 31 oktober 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 23 november 2016 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 28 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 1 december 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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. Verzoekster kreeg in 2004 toenemende pijnklachten in haar rechterschouder, met uitstraling naar de rechterarm. De eerste arts die zij hiervoor benaderde, constateerde een nekhernia en wilde de nekwervels vastzetten. Verzoekster vond dit echter een te drastische ingreep. Vervolgens is zij naar een andere arts gegaan, maar deze vertelde haar dat zij was uitbehandeld en adviseerde haar fysio- of manuele therapie. Verzoekster was zeer teleurgesteld in deze twee artsen, en heeft hierdoor haar vertrouwen in de Nederlandse zorgaanbieders verloren. Uiteindelijk kwam zij terecht bij de Alpha Klinik te München. Zij heeft destijds een in Nederland gemaakte MRI en overige medische informatie

gestuurd naar voornoemde kliniek. De behandelend arts aldaar constateerde een nekhernia, waarna een nucleotomie heeft plaatsgevonden. Na de ingreep was verzoekster gedurende vijf jaar klachtenvrij.

In 2010 ontstonden weer acute klachten. Verzoekster heeft zich toen opnieuw gewend tot de Alpha Kliniek. Dit heeft geleid tot een operatie waarbij één van de nekwervels werd vervangen door een titanium prothese.

In het najaar van 2014 kreeg verzoekster wederom klachten aan haar nek en linkerschouder. Eerst heeft zij zich laten behandelen door een fysiotherapeut, maar dit had niet het gewenste resultaat. Verzoekster herkende de klachten uit 2004 en 2010. Zij heeft daarom aan de huisarts een verwijzing gevraagd voor een MRI en röntgenscan. De resultaten hiervan en de overige relevante informatie heeft zij aan de behandelend arts in München gestuurd, met wie zij weer contact had opgenomen.

- 4.2. Bij brief van 13 augustus 2015 heeft de behandelend arts ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een *"percutaneous nucleotomie C4/5 left to remove the disc herniation"*. Nadat nader onderzoek was verricht, heeft de behandelend arts geconcludeerd dat een nucleotomie het probleem van verzoekster niet zou oplossen, daarom is besloten een *"fusion C 6-7 and front plate C 5-6-7 to fix the old prothesis"* te verrichten.
- 4.3. Verzoekster heeft voorafgaand aan de operatie uitvoerig gecommuniceerd met de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar vooraf toestemming gevraagd om de operatie in München te laten uitvoeren, maar de antwoorden en reacties van de ziektekostenverzekeraar lieten lang op zich wachten. De operatie kon echter niet worden uitgesteld. Ook na de operatie is veelvuldig gecommuniceerd met de ziektekostenverzekeraar. In eerste instantie werd de aanvraag afgewezen, omdat geen sprake zou zijn geweest van instabiliteit van de wervelkolom en druk op de zenuw. Dit is evenwel in tegenspraak met de diagnose van de behandelend arts en met hetgeen is vermeld in het operatieverslag. Pas nadat verzoekster een second opinion had aangevraagd bij een radioloog van de St. Maartenskliniek te Nijmegen, heeft de ziektekostenverzekeraar een gedeeltelijke vergoeding van de onderhavige operatie toegekend op grond van zorgproductcode 131999261. Verzoekster verwijt de ziektekostenverzekeraar een veel te trage en gebrekkige communicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft verzuimd haar bij te staan na haar "verzoek om acute hulp".
- 4.4. Verzoekster is voorts van mening dat de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte zorgproductcode 131999261 niet juist is. Volgens haar is zorgproductcode 131999257 (zeer complexe operatie aan de wervelkolom) beter passend voor de onderhavige operatie. Bij verzoekster was sprake van meerdere problemen. In het operatieverslag is vermeld dat de volgende verrichtingen zijn uitgevoerd: discectomie (verwijderen hernia), cervicale decompressie (vrijmaken van de afgeknelde zenuw), foraminotomie C6/C7 beide zijden (uitstulping van de wervel verwijderen), neurolyse C6 (opheffen van samengedrukt zenuwweefsel) en spondylodese/fusion C6/C7 door middel van het plaatsen van een cage. Dit was een complexe operatie met de nodige risico's, mede vanwege de reeds aanwezige prothese op niveau C5/C6. Als in Nederland al een even doeltreffende operatie had kunnen plaatsvinden - hetgeen verzoekster bestrijdt - heeft de ziektekostenverzekeraar nagelaten dit tijdig met haar te bespreken. De uitgevoerde operatie was zeer gecompliceerd. Bovendien is hierbij een nieuwe techniek gebruikt die momenteel alleen in de Verenigde Staten en Duitsland wordt toegepast. Zowel de cage als de schroeven zijn aan de voorzijde aangebracht. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om aan te tonen dat de operatie op deze wijze in Nederland had kunnen plaatsvinden.
- 4.5. Verzoekster vordert volledige vergoeding van de kosten van de onderhavige operatie, althans tot een hoger bedrag dan € 11.376,29, alsmede vergoeding van de reis- en verblijfkosten van haar en haar partner. Dit betekent een aanvullende vergoeding van € 7.055,--.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij acuut pijn kreeg. Vanuit de ziektekostenverzekeraar heeft geen enkele begeleiding plaatsgevonden. Zij moest direct voor behandeling naar München. Verzoekster merkt op dat de aanvraag eerst is afgewezen, en dat de ziektekostenverzekeraar

daarna toch is omgegaan. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om aan te tonen dat de zorg ook tijdig beschikbaar was in Nederland.

Met betrekking tot de gebruikte zorgproductcode wordt opgemerkt dat de behandelend arts heeft verklaard dat het een niet-reguliere en daarom risicovolle operatie betrof.

Verzoekster had eerder klachten. In 2005 is zij door de Nederlandse artsen van het kastje naar de muur gestuurd. Sindsdien is er niets veranderd. De ziektekostenverzekeraar had meer kunnen doen, bijvoorbeeld haar uitnodigen voor het spreekuur van een neuroloog om de behandelmogelijkheden te onderzoeken. Er is evenmin een spontaan aanbod tot zorgbemiddeling gedaan.

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. Op grond van artikel 22 lid 1 sub c van Vo.nr. 883/2004 kan een verzekerde in sommige gevallen kiezen voor een vergoeding naar de regelgeving en tarieven van de EU-lidstaat waar de geplande zorg wordt uitgevoerd. Een vergoeding volgens de Verordening is echter alleen mogelijk als de benodigde medische zorg niet tijdig beschikbaar is in het woonland. In het onderhavige geval is dit niet aan de orde, omdat zorg van goede kwaliteit tijdig door een gecontracteerde zorgaanbieder had kunnen worden verleend. De afdeling Zorgservice had eventueel kunnen bemiddelen om binnen een redelijke termijn een gecontracteerde zorgaanbieder te vinden.

5.2. De zorgverzekering biedt onder andere aanspraak op medisch specialistische zorg. Indien de verzekerde zich wendt tot een zorgaanbieder in het buitenland, wordt in beginsel hetzelfde vergoed als wanneer de verzekerde in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland.

Verzoekster had in 2015 een restitutiepolis. Op grond hiervan worden de kosten van niet-gecontracteerde zorg vergoed tot 100 percent van het wettelijk bepaalde, vaste tarief, of van het marktconforme tarief.

Het marktconforme tarief of de redelijke marktprijs is het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is. Dit is het tarief dat in de Nederlandse markt in redelijkheid passend is te achten. De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgverleners in Nederland declareren. Als een nota voor zorg buitensporig afwijkt van nota's voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners is geen sprake meer van een marktconform tarief of redelijke marktprijs. De meerkosten blijven dan voor rekening van de verzekerde.

5.3. Bij de vaststelling van de vergoeding is uitgegaan van zorgproductcode 131999261 (ingewikkelde operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel). De vergoeding bedraagt maximaal € 11.376,29. Dit is de redelijke marktprijs. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat het gemiddeld gecontracteerde tarief ten tijde van de onderhavige operatie € 9.101,03 bedroeg.

Voor de vaststelling van de vergoeding is niet van belang of precies dezelfde operatie had kunnen plaatsvinden bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Voor de beoordeling gaat het erom of passende zorg van goede kwaliteit tijdig bij een gecontracteerde zorgaanbieder kon worden verleend. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat dit het geval is, daarom is een hogere vergoeding niet aan de orde.

5.4. Verzoekster heeft tevens verzocht om vergoeding van de reis- en verblijfkosten van haar en haar partner. De zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bieden evenwel geen dekking voor deze kosten.

5.5. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij verzoekster zo goed en volledig mogelijk heeft geïnformeerd. De verwijten die verzoekster de ziektekostenverzekeraar maakt, zijn gebaseerd op haar gevoel. Dit gevoel kan en zal de ziektekostenverzekeraar niet betwisten. Kernvraag in de onderhavige kwestie is echter of verzoekster heeft gekregen waarop zijn op grond van de

zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft. Deze vraag dient naar de stellige mening van de ziektekostenverzekeraar bevestigend te worden beantwoord.

- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling van de aanvraag destijds veel tijd heeft gekost. De informatie die nodig was voor de beoordeling, werd niet (tijdig) ontvangen.

Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat het aan de ziektekostenverzekeraar is te bewijzen dat de ingreep ook in Nederland kon worden uitgevoerd, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het hier een operatie betreft die ook in Nederlandse ziekenhuizen kan worden uitgevoerd. De zorgproductcode is door de medisch adviseur aangedragen, en het Zorginstituut heeft bevestigd dat dit de juiste code is.

De ziektekostenverzekeraar kan een verzekerde niet begeleiden in de behandeling. De behandelkeuze is voorbehouden aan de arts. De ziektekostenverzekeraar kan een verzekerde wel bemiddelen naar een zorgaanbieder. Zorgbemiddeling kan zowel op verzoek plaatsvinden als spontaan door de ziektekostenverzekeraar worden aangeboden. In de onderhavige situatie was duidelijk dat de keuze voor behandeling in München al was gemaakt. Daarom is niet spontaan zorgbemiddeling aangeboden aan verzoekster.

- 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 A.22 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de onderhavige medische zorg alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 11.376,29 te vergoeden alsmede of hij gehouden is de reis- en verblijfkosten van verzoekster en haar partner te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.3 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 3 x 365 dagen;

- opname, verpleging en verzorging;
(...)"

- 8.4. Artikel B.2 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

(...)"

- 8.5. Artikel A.20 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bevat een omschrijving van de tarieven, en luidt, voor zover hier van belang:

"A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw nota volledig voor onze rekening nemen. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Dit is het tarief dat, of het gemiddelde van de tarieven die we in een zorg- en/of internetovereenkomsten met zorgverleners hebben vastgelegd. Op onze internetsite vindt u de tarieven voor de verschillende zorgvormen.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Dit is het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het zijn tarieven waarbij geen marge (speelruimte) is aangegeven. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd. Ze zijn dus nooit hoger dan de maximale aanspraken vanuit uw verzekering.

3. Marktconform tarief of redelijke marktprijs

Dit is het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is. Dat is tot ten hoogste het tarief dat in de Nederlandse markt in redelijkheid passend is te achten. De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgverleners in Nederland declareren. Als een nota voor zorg buitensporig afwijkt van nota's voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners is in dat geval niet meer sprake van een marktconform tarief of redelijke marktprijs. Wij betalen in dat geval niet het deel van de nota, dat uitkomt boven het marktconform tarief of de redelijke marktprijs; we betalen dus maximaal het marktconform tarief of de redelijke marktprijs.

4. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de nota staat.

(...)

A.20.2.3. Zorgverzekering Restitutie en Aanvullende verzekering (met alleen vergoedingen op restitutiebasis)

a. Afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan hebt u recht op de behandeling volgens het afgesproken tarief.

b. Geen verlaging van tarief

Wij verlagen het tarief niet als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen zorgovereenkomst hebben.

c. Volledig tarief (100%) van het vast wettelijk of marktconforme tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan vergoeden wij het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief, dan vergoeden wij het volledige (100%) marktconforme tarief. Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het marktconforme tarief, dan vergoeden we dit lagere in rekening gebrachte bedrag.

d. Gedecclareerd tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En hebben wij voor de soort behandeling/zorg ook geen zorg- en/of internetovereenkomst gesloten met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief / de redelijke marktprijs is niet of nauwelijks vast te stellen? Dan vergoeden wij het gedecclareerde tarief. Dit vergoeden wij tot maximaal het bedrag waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt. (...) "

- 8.6. Artikel B.18 regelt de aanspraak op ziekenvervoer per ambulance en zittend ziekenvervoer. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- *het zittend ziekenvervoer:*

- o per auto*

- o in de laagste klasse van het openbaar vervoer of*

- o taxi*

over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand;

"(...)"

- 8.7. De artikelen A.20 van de algemene voorwaarden en B.2, B.4 en B.18 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv .
Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv.
- 8.9. 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.

8.10. Artikel 20 van Vo.nr. 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 gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster is naar Duitsland, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/ 2004. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de ingreep gedeeltelijk vergoed. Derhalve staat vast dat sprake is van verzekerde zorg. De indicatie en de doelmatigheid van de behandeling zijn evenmin in geschil. Hetgeen partijen verdeeld houdt, zijn de hoogte van de vergoeding voor de behandeling, en de reis- en verblijfkosten van verzoekster en haar partner.
- 9.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 14 augustus 2015, voorafgaand aan de behandeling, om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 augustus 2015 aan verzoekster medegedeeld nog nadere informatie nodig te hebben voor de beoordeling van de aanvraag. Verzoekster heeft hierop aanvullende informatie gestuurd, en hierbij vermeld dat een andere ingreep zal worden uitgevoerd. Bij brief van 5 september 2015 heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar doorgegeven dat in plaats van een nucleotomie een spondylodese zal plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 14 september 2015 verzocht om aanvullende informatie. Bij brief van 27 september 2015 heeft verzoekster de gevraagde informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Verzoekster is gehouden de ziektekostenverzekeraar een redelijke termijn te gunnen voor de verwerking van haar verzoek. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar weliswaar reeds op 14 augustus 2015 om toestemming gevraagd, maar dit betrof een andere behandeling. De aanvraag voor de spondylodese werd eerst bij brief van 5 september 2015 gedaan. Het verzoek om aanvullende informatie volgde binnen een redelijke termijn. Verzoekster was toen echter al opgenomen en de gevraagde informatie volgde pas op 27 september 2015. De commissie is van oordeel dat deze situatie vergelijkbaar is met die waarin geen voorafgaande toestemming is gevraagd (Stamatelaki, zaak C-444/05). Hieruit volgt dat Vo. nr. 883.2004 buiten toepassing blijft en dat dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Door de ziektekostenverzekeraar is de vergoeding ten laste van de zorgverzekering vastgesteld aan de hand van DBC-zorgproductcode 131999261 met de omschrijving *“ingewikkelde operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel”* met een bijbehorend tarief van € 11.376,29. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat het gemiddeld gecontracteerde tarief € 9.101,03 bedroeg, maar dat de redelijke marktprijs ten tijde van de operatie € 11.376,29 bedroeg. De gehanteerde DBC-zorgproductcode komt de commissie - gelet

op de bij verzoekster uitgevoerde ingreep - juist voor. De hoogte van het bijbehorende tarief is door verzoekster niet gemotiveerd bestreden zodat zij geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 11.376,29 ten laste van de zorgverzekering. Dat bij de operatie een andere techniek is toegepast, maakt het voorgaande niet anders. Gesteld noch gebleken is immers dat hiervoor een aparte DBC-zorgproductcode bestaat, zodat in de Nederlandse situatie - die leidend is als het gaat om de hoogte van de vergoeding voor medisch-specialistische zorg in het buitenland - geen ander tarief had kunnen worden gedeclareerd.

- 9.4. Op grond van artikel B.18 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op ziekenvervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer. In dit geval is geen sprake van vervoer per ambulance. Verzoekster is immers met de eigen auto en het vliegtuig naar München gereisd. Op grond van het tweede lid van dit artikel bestaat evenmin aanspraak op zittend ziekenvervoer. De enkele reisafstand bedraagt immers meer dan 200 km, terwijl door de ziektekostenverzekeraar geen akkoordverklaring is afgegeven, zodat het onderhavige vervoer reeds op deze grond dient te worden afgewezen.

- 9.5. De zorgverzekering biedt geen dekking voor de kosten van verblijf in een hotel. De door verzoekster gevorderde verblijfskosten van haar en haar partner zijn daarom terecht afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan 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, 14 december 2016,

P.J.J. Vonk