



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van B, beiden te C, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, Chêneau brace en orthopedische consulten bij Schroth-therapie in verband met scoliose, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201601045

Zittingsdatum : 22 februari 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van Cte B, hierna te noemen: verzekerde,



tegen

- 
- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- 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 ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering FNV Zorg 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering FNV TandZorg 4 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft namens verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twee orthopedische consulten en een Chêneau brace, ondergaan respectievelijk aangemeten in Bad Sobernheim, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 378,56.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals gevraagd om heroverweging van de onder 3.1 bedoelde beslissing. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 mei 2015 aan verzoekster medegedeeld een bedrag van € 94,64 na te betalen, zodat de vergoeding uitkomst op totaal € 473,20.
- 
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 

- 3.5. Bij brief van 26 oktober 2016 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 € 473,20 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 januari 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 januari 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord, met het verzoek te worden geïnformeerd als de ziektekostenverzekeraar besluit wel te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Verzoekster heeft op 31 januari 2017 telefonisch medegedeeld alsnog telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 6 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 2 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017001293) 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. De brace kan niet los van deze DBC worden vergoed. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 7 februari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 2 maart 2017 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 7 maart 2017 aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat het voorlopig advies wordt gehandhaafd. Naar aanleiding van de aantekeningen van de hoorzitting merkt het Zorginstituut op dat in het voorlopig advies wordt gesproken van 'eenmaal consultatie'. Onder consultatie wordt verstaan het behandeltraject. De twee consulten in Duitsland vormen hiervan een onderdeel. Een afschrift van dit advies is op 10 maart 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 17 maart 2017 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzekerde heeft in Bad Sobernheim Schroth-therapie ondergaan. In dat kader is hem een zogenoemde Chêneau brace aangemeten. Verzoekster heeft de kosten van twee orthopedische consulten (€ 61,67 + € 157,12) alsmede de kosten van de brace (€ 3.100,-) bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie een bedrag vergoed van € 378,56, gebaseerd op 60 percent van het Nederlandse tarief. Nadat verzoekster de ziektekostenverzekeraar erop had gewezen dat op grond van het hinderpaalcriterium, dat is gebaseerd op artikel 13 Zvw, minimaal 75 percent van de kosten moet worden vergoed, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten een bedrag van € 94,64 na te betalen, zodat de vergoeding uitkomt op totaal € 473,20.

- 4.2. De kosten die de behandelend arts in Duitsland declareert liggen beduidend lager dan het marktconforme Nederlandse tarief, zodat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot volledige vergoeding. Het betreft een verstrekking die ten laste komt van de zorgverzekering, en verzekerde voldoet aan de hiervoor gestelde voorwaarden.
Het is verzoekster gebleken dat andere zorgverzekeraars de kosten van orthopedische consulten en een brace volledig hebben vergoed ten laste van de zorgverzekering. Verder is verzoekster een uitspraak bekend van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), waarin in een gelijke situatie de kosten wel moesten worden vergoed (201403290).
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat tweemaal het ziekenhuis in Duitsland is bezocht, namelijk op 2 juni 2014 en 21 augustus 2014. Een brace kost in Nederland circa € 2.000,--. Verzekerde is nog in de groei en heeft elk jaar een nieuwe brace nodig. Dit betekent dat de kosten in de DBC van één jaar moeten zijn begrepen. Een en ander leidt ertoe dat nooit naar het buitenland kan worden gegaan voor deze zorg.
Verzoekster heeft verder opgemerkt dat in het advies van het Zorginstituut wordt gesproken over twee consulten en "eenmaal consultatie".
- 4.4. Bij e-mailbericht van 16 maart 2017 heeft verzoekster, in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut, medegedeeld dat het voor haar bijzonder blijft dat een Nederlands DBC-systeem over een buitenlands vergoedingensysteem wordt gelegd. Voor een consument is het onduidelijk hoe en hoeveel de DBC wordt opgehoogd om een brace te vergoeden. Verzoekster is daarom afhankelijk van de willekeur van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzekerde is in Duitsland behandeld in verband met scoliose, waarbij gebruik is gemaakt van een brace. Voor de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van het DBC-zorgproduct met code 131999273 met als omschrijving: *"diagnose of behandeling van de wervelkolom op de polikliniek of dagbehandeling bij een aandoening van het botspierstelsel of bindweefsel"*. Deze DBC-zorgproductcode is vastgesteld aan de hand van de door verzoekster ingediende nota's. Het bijbehorende tarief is, na aftrek van de korting in verband met het bezoek aan een niet-gecontracteerde zorgverlener, uiteindelijk vastgesteld op € 473,20. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed.
- 5.2. Orthesen zijn uitwendige hulpmiddelen die worden ingezet onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist. Indien sprake is van een tijdelijke orthese in het kader van een medisch-specialistische behandeling (thuis of in het ziekenhuis) vallen orthesen onder medisch-specialistische zorg. Het gaat dan om aandoeningen waarbij het dragen van het betreffende hulpmiddel wordt voorgeschreven door de medisch-specialist, hetgeen echter na ontslag niet meer nodig is of daarna binnen een bepaalde termijn eindigt. Voorbeelden hiervan zijn spreidbroekjes bij de behandeling van heupdysplasie, korsetten na een operatie in verband met scoliose en loopkokers of spalken na een behandeling voor klompvoeten. In geval van een tijdelijke toepassing van het hulpmiddel dient dit te worden gefinancierd uit het tarief dat hoort bij de betreffende DBC, en kan dit hulpmiddel daarom niet apart worden gedeclareerd.
- 5.3. Het dragen van een brace bij scoliose is een tijdelijke behandeling om te voorkomen dat de aandoening verergert. De brace moet worden gedragen tot aan het einde van de skeletgroei. Omdat sprake is van een tijdelijk hulpmiddel, heeft verzoekster geen aanspraak op een aparte vergoeding hiervoor, maar geldt de voor de medisch-specialistische behandeling toegepaste DBC-zorgproductcode.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de brace valt onder medisch specialistische zorg. De kosten hiervan worden gedeclareerd door middel van een DBC-zorgproduct, waarin de kosten van de brace zijn begrepen. In Duitsland wordt op een andere wijze gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft 75 percent van het toepasselijke DBC-tarief aan verzoekster vergoed.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en 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 € 473,20 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

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

"Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. (...)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.menzis.nl/ zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met Menzis, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.menzis.nl/ vergoedingen. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst

met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. (...)"

- 8.4. De zorgverzekering bepaalt voorts wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op zorg in het buitenland. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- *recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- *vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het gemiddeld door Menzis in Nederland gecontracteerde tarief. (...)"*

- 8.5. De zorgverzekering is volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien de verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.7. 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.
- 8.8. 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. Verzekerde is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, 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.

Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft voldoende aannemelijk gemaakt, en tijdig aan verzoekster medegedeeld, dat het hier verzekerde zorg betreft die tijdig in Nederland dan wel buiten Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar was, zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was toestemming op grond van de verordening te verlenen en hiertoe een S2-formulier af te geven. Daarom dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

De commissie merkt nog op dat de zorgverzekering weliswaar een sociale ziektekostenverzekering in het kader van Vo. nr. 883/2004 is, maar geen 'Europese verzekering'. Lidstaten zijn vrij in de inrichting van hun stelsel van sociale zekerheid en de verordening ziet alleen op coördinatie van deze stelsels, niet op harmonisatie. Daarom bestaat niet zonder meer aanspraak op zorg in een andere EU/EER-lidstaat, maar alleen als aan de voorwaarden van de verordening is voldaan.

- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de orthopedische consulten in verband met Schroth-therapie, alsmede de aangemeten Chêneau brace, verzekerde zorg betreffen en dat verzekerde hiervoor een indicatie heeft. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de hoogte van de verleende vergoeding. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar is bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van DBC-zorgproductcode 131999273 met als omschrijving: *"Diagnose of behandeling van de wervelkolom op de polikliniek of dagbehandeling bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel (...)"*. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door middel van onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders (60% van het door Menzis gemiddeld gecontracteerde tarief)' bedraagt het bijbehorende tarief € 378,56.

Naar aanleiding van een arrest van de Hoge Raad heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de vergoeding te verhogen naar 75 percent van het gecontracteerde tarief, zodat deze uitkomt op totaal € 473,20. Genoemd percentage is in lijn met eerdere bindende adviezen van de commissie.

De gehanteerde DBC-zorgproductcode komt de commissie, gelet op de bij verzekerde toegepaste behandeling, daarbij juist voor.

Gelet op het advies van het Zorginstituut van 2 februari 2017 valt de Chêneau brace onder de aanspraak op medisch-specialistische zorg, en bestaat hiervoor derhalve geen recht op een aparte vergoeding. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, of voor het gebruikte hulpmiddel, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Vergoeding door andere zorgverzekeraars en eerdere beslissing SKGZ

- 9.5. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle



zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot een (hogere) vergoeding of verstrekking van zorg als de voorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan verzoekster op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoekster zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan haar dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.

- 
- 
- 
- 9.6. De door verzoekster genoemde "uitspraak van de SKGZ" betreft een dossier dat is bemiddeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Hierover is derhalve geen bindend advies uitgebracht door de commissie. Bovendien is geen sprake van een identieke situatie, aangezien de betreffende verzekerde bekend was met een ander ziektebeeld en de klacht betrekking had op de hoogte van de verleende vergoeding, zodat verzoekster hieraan geen rechten kan ontleen.



Conclusie

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

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 22 maart 2017,



A.I.M. van Mierlo