



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E en F, beide te G

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, aortaklepperving en mitralisklepperving, indicatie, doelmatigheid

Zaaknummer : 201301761

Zittingsdatum : 14 mei 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11, 13 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

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

- 1) E te G, en
 - 2) F te G,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker 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 waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een aortaklepvervanging en mitralisklepvervanging, uitgevoerd te Aalst, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 23 oktober 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Verder heeft verzoeker de wettelijke rente, proceskosten en buitengerechtelijke kosten gevorderd (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 februari 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 februari 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 maart 2014 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 25 februari 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 8 april 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014023372) 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 ziektekostenverzekeraar op goede gronden heeft besloten geen toestemming te verlenen aan verzoeker voor de onderhavige behandeling, en verzoeker de ingreep zonder toestemming heeft ondergaan.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 10 april 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 april 2014 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend cardioloog in België heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"[Verzoeker] onderging op 5/12/2012 een redo hartoperatie waarbij een aortaklepvervanging en een mitralisklepvervanging bij middel van 2 bioprothesen werd uitgevoerd. Uit de voorgeschiedenis weerhouden we een anteroseptaal infarct en CABG in 1990. De linker kamerfunctie is sterk verminderd. Er is chronisch VKF. [Verzoeker] voelt zich uitstekend. Er zijn geen cardiopulmonaire klachten. In vergelijking met preoperatief heeft hij nu een zeer behoorlijke inspanningscapaciteit. Bij klinisch onderzoek is de bloeddruk 120/80 mm Hg, irregulaire pols, normaal vesiculair ademgeruis over beide longvelden, normale harttonen, geen geruisen. De presternale wonde is goed geheeld. Het sternum is klinisch stabiel. Er zijn geen oedemen. (...)".*
- 4.2. Op 30 april 2012 heeft verzoeker een hartinfarct gehad en is hij met de ambulance vervoerd naar een Nederlands ziekenhuis. De cardioloog aldaar heeft geoordeeld dat verzoeker diende te worden geopereerd. Omdat deze ingreep niet in dit ziekenhuis kon plaatsvinden, heeft de cardioloog het dossier van verzoeker doorgestuurd naar het AMC. Het AMC oordeelde dat het risico van opereren te groot was. De cardioloog heeft het dossier daarop doorgestuurd naar het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. Echter, ook daar vond men het risico van opereren te groot.
- 4.3. Omdat de Nederlandse cardioloog ervan overtuigd was dat een operatie voor verzoeker noodzakelijk was, heeft hij verzoeker doorverwezen naar een cardioloog in het ziekenhuis te Aalst. Deze is gespecialiseerd in cardiovasculaire en thoracale heelkunde. Nadat de Belgische cardioloog een aantal onderzoeken had verricht, kwam hij tot de conclusie dat het risico van de operatie veel minder groot was dan het AMC en het St. Antonius Ziekenhuis hadden gesteld. Uit het dossier bleek dat het risico op overlijden 1 op 4 was geschat. De Belgische cardioloog stelde dit risico echter op 1 op 16.
- 4.4. De Belgische cardioloog heeft op 5 december 2012 ten aanzien van het operatierisico en de indicatie van verzoeker het volgende verklaard:
"[Verzoeker] is het levende bewijs dat er een indicatie was voor de ingreep en dat deze ingreep doelmatig was. Bij de eerste raadpleging had hij klachten van invaliderend hartfalen, ondanks de optimale medicamenteuze behandeling. Had hij geen enkele cardiale reserve meer (NYHA IV). Bij de controle drie maand na de ingreep is hij volledig actief (NYHA I). (...) Mitralisklepherstel is een gevalideerde behandeling bij ernstige mitralisklepinsufficiëntie en hartfalen. Bovendien was er ook aortaklep stenose, zodat er eigenlijk een dubbele indicatie tot ingreep was. Tijdens de eerste raadpleging heb ik een risico analyse gemaakt op basis van de dossiergegevens die collega (...) ter beschikking stelde. Hieruit blijkt dat het risico verhoogd is. De EuroSCORE II, die het operatieve risico voorspelt, bedroeg 15%. Dit is verhoogd, maar niet exceptioneel hoog. Dit verhoogde risico wordt in de score vooral beïnvloed door de factor "heroperatie". Als we deze factor weglaten is het voorspelde risico 6%. De impact van heroperatie wordt heel vaak overschat. In sommige gerenommeerde centra

(zoals de Cleveland Clinics) wordt heroperatie zelfs niet meer als risico factor beschouwd. Bij een heroperatie meer dan 20 jaar na datum is het risico van heropenen van de borstkas minimaal. De enige andere factoren die een rol spelen in de risico berekening zijn de leeftijd, de verminderde nierfunctie en de slechte linkerkamer functie. De laatste twee zijn continue variabelen, die categorisch ingebracht moeten worden. In zijn geval liggen deze waardes juist onder de waardes van de betere categorie. Daarnaast is het belangrijk om de patiënt te ondervragen en te onderzoeken. [Verzoeker] was in goede algemene conditie. Hij is een wilskrachtig en levenslustig man. Er is geen comorbiditeit. Zijn probleem beperkt zich enkel en alleen tot het hart. (...)"

4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen op de grond dat de ingreep niet doelmatig zou zijn. Verzoeker is echter met succes geopereerd. Hij had een verwijzing van een Nederlandse medisch specialist en het betreft een gebruikelijke ingreep. Bovendien liggen de kosten van de ingreep niet hoger dan in Nederland. Verzoeker begrijpt dan ook niet waarom de ziektekostenverzekeraar de aanvraag heeft afgewezen.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De behandelend cardioloog in Nederland heeft geoordeeld dat verzoeker geopereerd diende te worden. Hij heeft het dossier doorgestuurd naar het AMC en het St. Antonius Ziekenhuis. Beide ziekenhuizen zijn toonaangevend in Nederland als het gaat om de behandeling van hartklachten en -aandoeningen. De topspecialisten in beide ziekenhuizen hebben medegedeeld dat het risico van een operatie bij verzoeker onaanvaardbaar hoog was. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van deze gegevens geoordeeld dat de ingreep, zoals uitgevoerd in Aalst niet doelmatig was, en derhalve niet voor vergoeding in aanmerking komt.

5.2. Het gegeven dat de Nederlandse cardioloog verzoeker heeft doorverwezen naar het ziekenhuis in Aalst, alwaar de Belgische cardioloog wel wilde opereren, vormt voor de ziektekostenverzekeraar geen reden de kosten van de operatie alsnog te vergoeden. Het ziekenhuis in Aalst is een ziekenhuis in het buitenland en is bovendien niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Het is voor de ziektekostenverzekeraar niet te beoordelen wat de zienswijze van dit ziekenhuis ten aanzien van de situatie van verzoeker is geweest.

5.3. De Euroscore is een maat voor het berekenen van de kans dat iemand komt te overlijden door een hartoperatie. Deze score kijkt niet naar de post-operatieve problematiek die kan optreden na een hoog risico ingreep. De reden dat de Nederlandse centra ervoor kiezen terughoudend te zijn bij deze hoog risico ingrepen is mede het post-operatieve beloop. Patiënten liggen vaak langdurig op de IC aan de beademing met cardiale pompondersteuning zoals IABP en positieve inotropica. Het kan erg moeilijk zijn patiënten hier weer vanaf te krijgen dan wel de beslissing te nemen de behandelingen te stoppen, gezien de soms uitzichtloze toestanden. Om dit soort problematiek voor te zijn is men in Nederland terughoudend met het opereren van dit soort hoog risico patiënten en probeert men eerst maximaal conservatief, zonder operatie, te behandelen.

5.4. De twee Nederlandse ziekenhuizen die verzoeker heeft bezocht, zijn gespecialiseerd in cardiovasculaire en thoracale heelkunde. Het is zeer gebruikelijk dat patiënten worden beoordeeld door het hartteam op basis van onderzoek dat elders is uitgevoerd. In zijn brief van 27 november 2012 noemt de Belgische arts een Euroscore 2 van 15%. In een later schrijven, van 16 oktober 2013, komt hij tot een lagere score, omdat hij het criterium "heroperatie" niet meeneemt. Hij gebruikt weliswaar een methode om het risico te beoordelen, maar laat dan een essentieel onderdeel van deze score buiten beschouwing.

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 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 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en 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,
 - behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd. (...)
- [naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op onze website (...) vindt u onder het thema 'Zorgadvies' een overzicht van zorgaanbieders die met [naam ziektekostenverzekeraar] een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice (...). Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Er gelden maximale vergoedingen. (...)*

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapten. Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen. Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u een verwijzing van een tandarts nodig. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. (...)"

- 8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en 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 [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. 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 [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland 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 tarief dat in Nederland marktconform is.

Toestemming

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

- 8.5. Artikel B5 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering."

- 8.6. De artikelen B5, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. Artikel 14 Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord.

- 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.

- 8.9. 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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, te weten België, 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.
- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat verzoeker niet redelijkerwijs is aangewezen op de zorg, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding bestaat. Met betrekking tot deze beoordeling geldt het volgende.
- 9.3. Zoals uit de stukken blijkt, bestond bij verzoeker een operatie-indicatie, hetgeen ook door de ziektekostenverzekeraar wordt onderschreven. Een operatie werd echter in dit geval als te risicovol beschouwd. Hieruit concludeert de commissie dat de afwijzingsgrond niet de indicatie, maar de doelmatigheid is. Dit wordt bevestigd door het advies van het Zorginstituut van 8 april 2014, waarin dezelfde conclusie wordt getrokken.
- 9.4. Gelet op de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw is de beoordeling van de doelmatigheid voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar, zodat de commissie slechts een marginale toetsing toekomt. Beoordeeld dient te worden of de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid heeft kunnen besluiten verzoeker geen toestemming te verlenen voor de door hem te Aalst ondergane ingreep. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.5. Vast staat dat de cardiologen in het AMC en het St. Antonius Ziekenhuis van mening waren dat operatief ingrijpen in het geval van verzoeker te risicovol was. De cardioloog in Aalst was een andere mening toegedaan. Laatstgenoemde heeft gemotiveerd toegelicht waarom het risico beperkter was dan de artsen in het AMC en het St. Antonius Ziekenhuis op basis van het dossier hadden ingeschat. In dat verband heeft hij onder andere verklaard dat de impact van heroperatie vaak wordt overschat en dat sommige gerenommeerde centra dit criterium al niet meer hanteren. In de situatie van verzoeker is intussen meer dan twintig jaar verstreken sinds de vorige operatie, waardoor het risico gering is. Bij brief van 7 april 2014 heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd, waarbij hij weliswaar heeft aangevoerd dat de Belgische arts ten onrechte het criterium "heroperatie" buiten beschouwing heeft gelaten bij de berekening van de Euroscore, waardoor hij op een lager risico is uitgekomen dan de Nederlandse cardiologen, maar niet nader heeft gemotiveerd waarom het feit dat sinds de vorige operatie meer dan twintig jaar is verstreken, niet relevant zou zijn. Aldus is onvoldoende aannemelijk gemaakt dat verzoeker inderdaad een hoog risico patiënt is, en dat de ingreep daarom als niet doelmatig moet worden beschouwd. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar, naar het oordeel van de commissie, niet in redelijkheid tot de beslissing kunnen komen verzoeker de gevraagde toestemming te weigeren.
- 9.6. Uit het vorenoverwogene volgt dat verzoeker de toestemming op grond van artikel 20 Vo. 883/2004 ten onrechte is onthouden, zodat de ziektekostenverzekeraar tot tarifiering dient over te gaan. Indien mocht blijken dat het Nederlandse tarief voor de onderhavige behandeling hoger is dan het tarief dat ingevolge de Belgische sociale ziektekostenverzekering voor de ingreep wordt gehanteerd, heeft verzoeker op basis van de zorgverzekering aanspraak op aanvulling tot maximaal het toepasselijke Wmg- dan wel het marktconforme tarief.
- 9.7. Aangezien het verzoek in deze zin wordt toegewezen, en de wettelijke rente tijdig aan de ziektekostenverzekeraar is aangezegd, dient de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker over de uiteindelijke vergoeding de wettelijke rente tot de dag der algehele voldoening te vergoeden. De gevorderde proceskosten en buitengerechtelijke kosten zijn door verzoeker niet gespecificeerd of gesubstantieerd zodat deze reeds om die reden niet toewijsbaar zijn.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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



Conclusie



9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.6 en 9.7.



9.10. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.6 en 9.7.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker dient te vergoeden.



Zeist, 4 juni 2014,



Voorzitter

