

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, rugoperatie, spoedeisendheid, niet-gecontracteerde
zorgverlener
Zaaknummer : 2011.00502
Zittingsdatum : 21 december 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E beide te D

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 Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een rugoperatie, uitgevoerd te Brasschaat, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat maximaal 75 percent van het Nederlandse marktconforme tarief voor deze ingreep wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar is voor de berekening van de vergoeding voor de ingreep uitgegaan van DBC-prestatiecode 0308110025100023. Het bijbehorende tarief bedraagt € 3.516,22.
- 3.2. Met vergoedingenbericht van 9 juli 2010 is een vergoeding van € 3.272,38 toegekend aan verzoeker. Daarnaast zijn met verschillende vergoedingenoverzichten nog bedragen van € 153,84 en driemaal € 30,-- toegekend aan verzoeker. De totale vergoeding komt hiermee op € 3.516,22.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 29 juli 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de ingreep alsnog volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering (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 27 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 september 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 november 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 29 september 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011105887) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen, in die zin dat de korting van 25 percent komt te vervallen, en wel op de grond dat uit het dossier niet is af te leiden dat verzoeker tijdig hulp bij een gecontracteerde zorgverlener kon vinden. Anderzijds is echter evenmin gebleken dat verzoeker niet tijdig behandeld kon worden door een gecontracteerde zorgverlener. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 december 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 22 december 2011 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en van de door de ziektekostenverzekeraar op 20 december 2011 ingediende telefoonnoties gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Op 10 januari 2012 heeft de commissie afschriften van de nadere reacties van verzoeker en de ziektekostenverzekeraar naar het CVZ gezonden met het verzoek deze te betrekken in het definitieve advies. In reactie hierop heeft het CVZ bij brief van 18 januari 2012 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ adviseert het verzoek in te willigen en een vergoeding toe te kennen op basis van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code, omdat uit de medische gegevens in het dossier blijkt dat een zekere urgentie bestond om te opereren. De wachttijd voor deze ingreep in Tilburg lag buiten de maatschappelijk aanvaarde norm. Daarnaast is weliswaar contact geweest tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar, maar niet is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker een concreet aanbod heeft gedaan voor een tijdige operatie.
- 3.12. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 20 januari 2012 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld binnen zeven dagen hierop te rea-

geren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 12 januari 2010 door zijn huisarts doorverwezen naar een neuroloog in verband met knieklachten. Op 22 maart 2010 bleek uit de uitslag van het neurologisch onderzoek dat een rugoperatie urgenter was dan een knieoperatie. Vóór deze datum is de noodzaak van een rugoperatie niet ter sprake gekomen. Nadat verzoeker had vernomen dat hij dringend aan zijn rug moest worden geopereerd – het alternatief was een rolstoel – heeft hij bij vier ziekenhuizen een afspraak gemaakt. In het ziekenhuis in Tilburg heeft de arts op 28 april 2010 vastgesteld dat een rugoperatie onvermijdelijk was, en dat deze pas kon plaatsvinden in juli of augustus 2010. In twee andere Nederlandse ziekenhuizen bestond al een lange wachttijd voor het eerste consult. In het ziekenhuis in Brasschaat kon verzoeker echter al op 7 april 2010 op consult bij de arts. Op 10 mei 2010 is de uitkomst van het nader onderzoek met verzoeker besproken. Toen bleek dat de wervelkolom van verzoeker dusdanig was verslechterd dat hij direct moest worden geopereerd. Verzoeker benadrukt dat sprake was van medische spoedeisendheid en dat hij niet tijdig in een gecontracteerde instelling kon worden geholpen. Daarom dient de ziektekostenverzekeraar de kosten van de ingreep volledig te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker heeft op 11 mei 2010 de ziektekostenverzekeraar telefonisch verzocht om toestemming voor deze ingreep. Desgevraagd heeft hij de ziektekostenverzekeraar het behandelplan en een kostenraming gefaxt. Hierop heeft hij pas op 19 mei 2010, drie uur voor de opname, per e-mail het bericht ontvangen dat de kosten zouden worden vergoed tot 75 percent van het Nederlandse tarief. Gezien de pijn, de medische noodzaak en wetende dat op dat moment in Nederland op korte termijn geen behandeling mogelijk was, heeft verzoeker zich in Brasschaat laten opereren. Op 20 mei 2010 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker beroept zich voor de volledige vergoeding van de kosten van de ingreep op het vrij verkeer van diensten en de uitspraak van de Centrale Raad van beroep (hierna: CRvB) van 20 juli 2004 (99/3834 ZFW).
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de arts uit Oosterhout hem een verwijzing heeft gegeven voor een neurochirurg of orthopeed. Hij moest zelf maar gaan shoppen. Dit heeft verzoeker gedaan en hij is daarbij uitgekomen in Brasschaat. Hij had ook andere opties, maar daar bedroeg de wachttijd minimaal drie maanden. Verzoeker wijst erop dat hij de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht om wachtlijstbemiddeling.
- 4.5. Na de zitting, op 4 januari 2012, heeft verzoeker de commissie een nadere reactie naar aanleiding van de ter zitting overgelegde telefoonnotities van de afdeling wachtlijstbemiddeling van de ziektekostenverzekeraar gezonden. Verzoeker stelt dat hij vanwege zijn beroep MRSA-positief was, en dat er daarom een groot probleem was om in een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis geopereerd te worden. Hij heeft dit in het gesprek met de ziektekostenverzekeraar in maart 2010 vermeld, maar dit is niet opgenomen in de telefoonnotitie. Bovendien was hij vanaf 2006 vijf keer of meer op MRSA getest. Deze kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Derhalve is de ziektekostenverzekeraar daarvan

op de hoogte geweest. Verzoeker heeft met verschillende gecontracteerde ziekenhuizen contact gehad, en de MRSA-situatie besproken. De wachttijden werden in dat geval drie tot zes maanden bij een negatieve uitslag.

Verzoeker heeft zijn MRSA-situatie ook besproken met de arts in Brasschaat. Deze wilde hem opereren indien hij MRSA-negatief was. In overleg met zijn huisarts heeft verzoeker een kuur gevolgd en op 29 april 2010 een kweektest laten afnemen. De uitslag, die verzoeker op 3 mei 2010 kreeg, was negatief.

- 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. Verzoeker heeft een aanvraag ingediend voor een ingreep bij een niet-gecontracteerde zorgverlener. Hij heeft daarom aanspraak op vergoeding van maximaal 75 percent van het Nederlandse marktconforme tarief.
 - 5.2. Bij de vaststelling van de vergoeding is uitgegaan van de DBC-code 0308110025100023 met als omschrijving “reguliere zorg//verruimende beperkte laminectomie/operatief met klinische episode”. De bijbehorende vergoeding bedraagt € 3.516,22. Dit tarief geldt voor de gehele behandeling en is aan verzoeker uitbetaald.
 - 5.3. Tussen het eerste consult op 29 januari 2010 en de uiteindelijke operatiedatum 20 mei 2010 is een ruime periode verstreken. Op 29 januari 2010 was kennelijk geen sprake van een medisch spoedeisende situatie, want in die situatie kan bij de gecontracteerde ziekenhuizen een operatie met voorrang worden gepland.
 - 5.4. Uit de contactregistraties blijkt dat verzoeker reeds op 8 april 2010 telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar in verband met een operatie aan de rug begin mei in Brasschaat. Derhalve zal de opname voor de operatie in Brasschaat op 20 mei 2010 al veel eerder dan op 10 mei 2010 zijn afgesproken.
 - 5.5. Niet is gebleken dat sprake was van een zodanige medische spoedeisendheid, dat verzoeker niet tijdig in een gecontracteerd ziekenhuis de noodzakelijke behandeling kon ondergaan. De conclusie dat op 10 mei 2010 bleek dat de situatie in één maand dusdanig was verslechterd, dat verzoeker op dat moment als urgent patiënt werd aangemerkt, kan niet worden gevolgd. Voor een verslechtering in één maand zal sprake moeten zijn van ten minste twee metingen/scans. Het moment van de gemaakte scan en het moment van bespreking daarvan één maand later, zijn uiteraard geen twee metingen. Derhalve wordt de stelling dat de behandeling spoedeisend was niet objectief onderbouwd.
 - 5.6. Niet is gebleken dat verzoeker niet tijdig – in medisch verantwoord opzicht – bij een gecontracteerde zorgverlener adequaat kon worden behandeld. Verzoeker heeft vóór de planning van zijn rugoperatie geen contact opgenomen met de Zorgservice van de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft hij eerder wel gedaan voor een operatie aan zijn knie. De door verzoeker genoemde wachttijden van vijf en zes maanden komen dan ook niet vanuit Zorgservice. De wachttijd in het Elisabeth ziekenhuis bedroeg in mei 2010 volgens verzoeker slechts twee maanden. Mogelijk was dit via de Zorgservice nog korter geweest.

- 5.7. De uitspraak van de CRvB is in de onderhavige situatie niet relevant. Ten eerste betreft deze uitspraak de Ziekenfondswetgeving. Ten tweede is onder de thans van toepassing zijnde Zorgverzekeringswet wél een regeling getroffen op basis waarvan een maximale vergoeding van een behandeling in een andere lidstaat is vastgesteld, gebaseerd op objectieve, niet discriminerende en vooraf bekende criteria. Het is de ziektekostenverzekeraar op basis hiervan toegestaan de vergoeding van de onderhavige behandeling te beperken tot 75 percent van het marktconforme tarief, dat voor deze behandeling bij de gecontracteerde zorgverleners wordt betaald. Het is de ziektekostenverzekeraar dan ook niet duidelijk op welk aspect van deze uitspraak in de onderhavige situatie een beroep wordt gedaan, nu verzoeker geen medische onderbouwing heeft overgelegd, waaruit blijkt dat niet tijdig een adequate behandeling bij een gecontracteerde zorgverlener kon plaatsvinden. De door verzoeker ervaren urgentie is begrijpelijk, maar niet bepalend voor de hoogte van de vergoeding in deze situatie.
- 5.8. Ter zitting is erop gewezen dat verzoeker voorafgaand aan de ingreep voldoende is geïnformeerd. Bij een wachtlijst wordt rekening gehouden met de urgentie van de behandeling. Als de wachttijd te lang is, had het op de weg van verzoeker gelegen dit bij de wachtlijstbemiddeling voor te leggen om de wachttijd te bekorten. Dit is niet verplicht, maar als hiervan geen gebruik wordt gemaakt, heeft dit wel consequenties, te weten een gedeeltelijke vergoeding. De constatering dat de behandeling niet tijdig bij een gecontracteerde zorgverlener kan plaatsvinden is hier overgeslagen. Verzoeker heeft op 22 maart 2010 gebeld met de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft hierbij medegedeeld dat hij naar Brasschaat wilde voor behandeling in verband met de beste zorg. Die redengeving voor de keuze voor Brasschaat heeft de echtgenote ter zitting herhaald. Dit is zijn keuze.
- 5.9. In het e-mailbericht van 9 januari 2012 is gereageerd op de brief van verzoeker van 4 januari 2012. Een afschrift van dit bericht is op 10 januari 2012 ter kennisname aan verzoeker gezonden. Het is de ziektekostenverzekeraar niet te verwijten dat de feiten, zoals deze blijken uit de telefoonnotities van de wachtlijstbemiddeling, op cruciale punten (timing) niet stroken met de herinneringen van verzoeker. Het is bijzonder dat verzoeker pas in een zeer laat stadium van de procedure met een – verder niet onderbouwd – relaas over een mogelijke MRSA-besmetting komt, als reactie op de informatie over zorgbemiddeling. Het had op de weg van verzoeker gelegen dit aspect eerder in te brengen. Kennelijk leefde het niet zo in de discussie tot nu toe.
- 5.10. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van de rugoperatie die hij in Brasschaat heeft ondergaan, ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 20.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg met een ziekenhuisopname bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. U hebt hierbij ook recht op de medisch specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging.

(...)

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal 75 procent van het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.5. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.”

8.3. In artikel 15.2 van de zorgverzekering is bepaald wanneer het lagere tarief niet van toepassing is. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op bemiddeling en recht op vergoeding van zorg zonder dat wij de verlaging van het tarief van artikel 15.5. toepassen, door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten als:

a. u de zorg die u nodig hebt niet of niet tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. Wat tijdige zorgverlening is, hangt ervan af wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is; of

(...)

Wij vergoeden het algemene tarief van artikel 15.4. aan u.

(...)”

8.4. In artikel 15.3 van de zorgverzekering is de aanspraak op vergoeding van acute zorg (spoed) opgenomen. Dit artikel luidt als volgt:

“Gaaf het om acute zorg die niet kan worden uitgesteld, dan gaan wij er vanuit dat u een akkoordverklaring hebt gekregen voor de zorg door een zorgverlener, leverancier of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, ook al hebt u deze dan dus niet van tevoren bij ons aangevraagd. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze acute zorg. Bij acute zorg is geen verwijzing vereist. Wij vergoeden deze acute zorg zoals in artikel 15.4 staat aangegeven.”

8.5. In artikel 15.4 van de zorgverzekering is bepaald hoe het algemene tarief wordt vastgesteld. Dit artikel luidt als volgt:

“Wij vergoeden volgens artikel 15.2 de zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten na onze akkoordverklaring volgens de verzekeringsvoorwaarden nadat we de rekening hebben ontvangen tot maximaal:

a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of

b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er geen op basis van de Wet

marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat. Wij gaan dan uit van het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven.”

- 8.6. In artikel 15.5 van de zorgverzekering is bepaald wanneer het lagere tarief van toepassing is en hoe dit tarief wordt vastgesteld. Dit artikel luidt als volgt:

“Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten terwijl u in uw situatie tijdig passende zorg kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten? In dat geval verlagen wij de vergoeding met 25 (vijfentwintig) procent. Wij vergoeden dus 75 (vijfenzeventig) procent van de zorg gerekend over het laagste van het volgende tarief / bedrag:

a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of

b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld geen of een hoger (maximum-)tarief bestaat. Het “marktconform bedrag” is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.”

- 8.7. De artikelen 15 en 20.1 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

- 8.9. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.10. Artikel 20 van Vo 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

Spoedeisendheid operatie

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de door verzoeker ondergane rugoperatie een verzekerde prestatie vormt en dat deze geïndiceerd was. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de vraag of deze operatie spoedeisend was en welke vergoeding dient te worden toegekend. Deze vergoeding kan zijn gebaseerd op een Europese verordening of de zorgverzekering.
- 9.2. Op 1 mei 2010 is Verordening 883/2004 in werking getreden. Vanaf die datum is het vroegere E-112-formulier vervangen door het S2-formulier. Gelet op artikel 20 van Vo 883/2004 mag toestemming – in de vorm van een S2-formulier – alleen worden geweigerd indien de gevraagde zorg tijdig in het woonland beschikbaar is. Verzoeker heeft op 11 mei 2010 een aanvraag voor een S2-formulier ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop per e-mail van 19 mei 2010 beslist, en hem medegedeeld dat geen formulier zou worden verstrekt, omdat de zorg tijdig in Nederland beschikbaar is. Verzoeker is van mening dat de onderhavige zorg niet (tijdig) in Nederland kon worden verleend, zodat hem het S2-formulier ten onrechte is onthouden.
- 9.3. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotities van de afdeling wachtlijstbemiddeling blijkt dat verzoeker op 22 maart 2010 heeft gebeld over een eventueel consult bij een Belgische arts. Ook uit de telefoonnotitie van 24 maart 2010 komt naar voren dat hij naar Brasschaat wilde voor een consult. Uit de notitie blijkt voorts dat verzoeker is gewezen op de financiële gevolgen als hij gebruik zou maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener en dat hem is geadviseerd zich in dit stadium – te weten het stadium van het eerste consult – al tot een gecontracteerde zorgverlener te wenden. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker aangeboden voor hem na te gaan waar hij eerder terecht zou kunnen. De ziektekostenverzekeraar heeft hem drie alternatieven geboden waar hij na één week terecht kon voor een consult. Uit het dossier blijkt niet dat verzoeker heeft verzocht om wachtlijstbemiddeling nadat hem bekend was geworden dat hij moest worden geopereerd.
- 9.4. Het staat verzoeker vrij om hem moverende redenen geen gebruik te maken van de door de ziektekostenverzekeraar geboden wachtlijstbemiddeling. Daardoor wordt de ziektekostenverzekeraar echter wel de redelijke kans ontnomen na te gaan of de benodigde zorg tijdig – en voor de ziektekostenverzekeraar voordeliger – door een gecontracteerde zorgverlener kan worden geleverd. Dat verzoeker zich bij de door hem geconsulteerde zorgverleners geconfronteerd zag met wachttijden, is in zoverre niet van doorslaggevend belang dat enkel op basis van deze ervaringen niet kan worden geconcludeerd dat de benodigde zorg niet tijdig bij een gecontracteerde zorgverlener beschikbaar was. De ziektekostenverzekeraar heeft immers, anders dan verzoeker, zicht op het gehele gecontracteerde zorgaanbod en beschikt over betere ingangen dan verzoeker als het gaat om het organiseren van de benodigde zorg.
- 9.5. Gezien het bovenstaande is de commissie is van oordeel dat verstrekking van het S2-formulier door de ziektekostenverzekeraar mocht worden geweigerd. Derhalve dient – gelet op artikel 15.5 van de zorgverzekering – vergoeding plaats te vinden op basis van het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief.

Hoogte vergoeding

- 9.6. Bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de DBC-code 08.11.00.2505.0023 met als omschrijving: “reguliere zorg // HNP chemonucleolysis en percutane nucleotomie of minimal invasive / Operatief met klinische episode(n)”. Door verzoeker is niet gesteld dat deze DBC-code niet correct is. Daarom zal de commissie voor het vervolg van de juistheid van deze DBC-code uitgaan. Het betreft een code uit het B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. Het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar is overeengekomen met betrekking tot deze DBC-code is € 4.688,29. Dit bedrag staat vermeld op het ‘Restitutieoverzicht Medisch Specialistische Zorg’ dat de ziektekostenverzekeraar op zijn website heeft gepubliceerd.
- 9.7. Verzoeker heeft een naturapolis afgesloten, waarin is opgenomen dat hij, indien hij gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg, aanspraak heeft op maximaal 75 percent van het maximale in Nederland geldende tarief. Gelet op artikel 13 Zvw is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd dit in de polisvoorwaarden op te nemen. Een en ander leidt ertoe dat verzoeker voor de rugoperatie aanspraak heeft op vergoeding van € 3.516,21, welk bedrag is uitgekeerd.
- 9.8. De hiervoor bedoelde korting van 25 percent blijft, gelet op artikel 15.2 van de zorgverzekering, achterwege indien niet tijdig passende zorg is te krijgen bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Ingevolge genoemde bepaling wordt de tijdigheid van de zorgverlening afgemeten aan twee criteria, te weten (i) wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord is, en (ii) wat algemeen maatschappelijk geaccepteerd is. In het voorlopig en definitief advies concludeert het CVZ dat in de situatie van verzoeker met een zekere voortvarendheid moest worden gehandeld. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt is de commissie er niet van overtuigd dat de wachttijd waar verzoeker tegenaan liep medisch inhoudelijk onverantwoord was, nog daargelaten dat deze met een beroep op wachtlijstbemiddeling had kunnen worden bekort. Anders is dit als het gaat om het tweede criterium. Volgens het CVZ bedraagt de wachttijd bij een electieve klinische operatie volgens de Treeknormen zeven weken. De Treeknormen zijn normen voor maatschappelijk gezien maximaal acceptabele wachttijden voor niet-spoedeisende medische problemen. Het CVZ komt tot de conclusie dat in het geval van verzoeker de norm van zeven weken is overschreden. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Hieruit volgt dat verzoeker aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding ter grootte van 25 percent van € 4.688,29.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met in achtneming van hetgeen onder 9.8 is overwogen .
- 9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
- 10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met in achtneming van hetgeen in 9.8 is overwogen.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 22 februari 2012,

Voorzitter