

A vertical column of 15 small, orange icons on the left side of the page, each depicting a different person with a physical disability, such as a person in a wheelchair, a person with a cane, or a person with a prosthetic limb.

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D te E  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstreconstructie met DIEAP-flap  
Zaaknummer : 201301909  
Zittingsdatum : 18 juni 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 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

## 1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen

D te E, 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Plus Aanvullende verzekering 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 Tand Best Pakket is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op het verwijderen van de expander en de autologe reconstructie met een DIEAP-flap rechts, uit te voeren in het ziekenhuis te Roeselare, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een bedrag van maximaal € 10.511,30 zal worden vergoed voor voornoemde ingreep.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Bij brief van 8 juli 2013 is een machtiging afgegeven voor de operatie te Roeselare. Ook hierin wordt het bedrag van € 10.511,30 genoemd.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard bereid te zijn te tarifieren, maar hiervoor heeft hij de nota van de onderhavige behandeling nodig. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij geen S2-formulier kan afgeven, omdat het betreffende ziekenhuis heeft medegedeeld dit formulier niet te accepteren.
- 3.4. Bij brief van 22 januari 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster

te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 april 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 april 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 juni 2014 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 april 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014052367) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat het vaststellen van de hoogte van een toegekende vergoeding dan wel van de vergoeding waarop men aanspraak kan maken niet behoort tot de adviesbevoegdheid/deskundigheid van het Zorginstituut. Om de commissie tegemoet te komen, heeft het Zorginstituut onderzocht welke DBC-code passend is voor de aangevraagde operatie. Gebleken is dat DBC-code 990004018 passend is voor deze behandeling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 18 juni 2014 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 CVZ.
- 3.10. Bij brief van 26 juni 2014 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 30 juni 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
- 3.11. Op 18 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie per e-mail een afschrift gezonden van het resultaat van het tarifieringsverzoek. Een afschrift hiervan is op 18 augustus 2014 ter kennisname aan verzoekster gezonden. Bij e-mailbericht van 20 augustus 2014 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een afschrift hiervan is op 22 augustus 2014 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft op 13 maart 2013 aan de huisarts van verzoekster geschreven dat hij verzoekster op 22 augustus 2012 op de poli plastische chirurgie heeft gezien. Verzoekster is bekend met een status na mastectomie en sentinelklierbiopsie rechts. Dit werd gevolgd door chemotherapie en Arimidexbehandeling. Verzoekster heeft nu de wens tot (autologe) reconstructie geuit. Besloten is tot het verwijderen van de expander en een autologe reconstructie met een DIEAP-flap rechts. Omwille van "logistische beperkingen en lange wachttijd" heeft verzoekster gekozen voor een behandeling in het buitenland.
- 4.2. De huisarts heeft verzoekster op 22 maart 2013 een verwijsbrief verstrekt voor de betreffende plastische chirurg, tevens werkzaam in het Canisius ziekenhuis te Nijmegen.
- 4.3. Na haar borstamputatie en afronding van de chemokuur wilde verzoekster "even geen ziekenhuis meer". Zij ging ervan uit dat zij zou wennen aan het dragen van een prothese. Dit is echter niet het geval. Na verloop van tijd ging zij hiervan steeds meer hinder ondervinden. Zij is hierdoor onzeker, voelt zich minder vrouw, voelt zich niet zichzelf en is ongelukkig. Zij is zich er steeds volledig van bewust dat sprake is van een uitholling - ondanks dat zij een prothese-bh draagt - en draagt daarom altijd hoogsluitende kleding. Ook beperkt het haar in haar activiteiten. Daarom heeft zij op een gegeven moment besloten toch een borstreconstructie te willen ondergaan. Door persoonlijke omstandigheden kon zij op dat moment hieraan geen gevolg geven. Inmiddels is verzoekster eraan toe de ingreep te ondergaan en voor haar gevoel is iedere dag wachten er één te veel. Zij heeft na het inwinnen van informatie besloten dat zij geen borstimplantaat wil, maar een reconstructie met eigen weefsel. Uiteindelijk is de keuze gevallen op deze plastisch chirurg die tevens werkzaam is in Nijmegen. Volgens de arts is de wachttijd

in Nederland echter anderhalf tot twee jaar. De betreffende arts is echter ook werkzaam in het Hartziekenhuis te Roeselare. Aldaar bestaat een veel kortere wachttijst. De onderzoeken, het plaatsen van de expander en de controles achteraf zouden gewoon in het ziekenhuis in Nijmegen kunnen plaatsvinden. Verzoekster heeft besloten de reconstructie in België te laten uitvoeren.

- 4.4. Verzoekster kan zich niet voorstellen dat de ziektekostenverzekeraar voor een patiënt kan bepalen hoe lang deze moet wachten voor een operatie en door welke arts hij of zij geopereerd moet worden. Dit kan niet de bedoeling zijn van het systeem.  
Verzoekster benadrukt dat zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en de overheid afspraken hebben gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg.
- 4.5. Verzoekster snapt niet dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat de hoogte van de vergoeding is gebaseerd op gegevens die de buitenlandse zorgaanbieder heeft verstrekt. Volgens de begroting bedragen de kosten van de ingreep ongeveer € 15.000,--. De maximale vergoeding van € 10.511,30 is beduidend lager. Verzoekster meent dat van haar niet verwacht kan worden dat zij het verschil zelf betaalt.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de kwestie in feite in één zin is samen te vatten: op het moment dat je zorg nodig hebt, moet je die zorg ook krijgen. Dat is hier niet gebeurd, want toen de borstreconstructie nodig was, gaf de ziektekostenverzekeraar niet thuis. Verzoekster benadrukt dat er in Nederland een lange wachttijd bestond voor de operatie.
- 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. Voor zorg in het buitenland is voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig. Verzoekster heeft deze toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster toestemming verleend voor een bedrag van € 10.551,30. Dit bedrag is gebaseerd op de Nederlandse marktprijs voor de aangevraagde behandeling.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster gewezen op de mogelijkheid van wachttijstbemiddeling, waardoor zij mogelijk eerder terecht kan bij een zorgaanbieder in Nederland, zodat er geen kosten voor haar rekening blijven. Verzoekster heeft dit aanbod echter afgewezen, omdat zij graag zelf bepaalt door wie zij wordt behandeld. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de wachttijd voor de onderhavige ingreep in Nederland ongeveer negen maanden tot anderhalf jaar bedraagt.
- 5.3. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat destijds geen S2-formulier is afgegeven, omdat het ziekenhuis in Roeselare dit formulier niet accepteert. Achtergrond hiervan is dat de richtlijnen voor plastische chirurgie in België te veel afwijken van de Nederlandse richtlijnen.
- 5.4. Verzoekster heeft verklaard dat de onderzoeken, controles en nabehandelingen plaatsvinden of hebben gevonden in het ziekenhuis te Nijmegen. De reconstructie zal worden uitgevoerd in Roeselare. Voor de zorg die in het ziekenhuis te Nijmegen wordt verleend, kan dit ziekenhuis alleen dezelfde DBC declareren als die de ziektekostenverzekeraar heeft gebruikt voor het vaststellen van de vergoeding voor de ingreep in Roeselare. De ziektekostenverzekeraar kan deze niet splitsen in de voor- en nabehandelingen en de eigenlijke operatie. Verzoekster heeft hier voordeel van, omdat zij nu voor (alleen) de operatie de vergoeding krijgt die zij normaal voor het gehele behandeltraject zou hebben gekregen. Daarnaast ontvangt zij een volledige vergoeding voor de onderzoeken, controles en nabehandelingen in Nederland.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een operatie in het buitenland mag worden vergoed, maar dat dit gebeurt tot maximaal het Nederlandse tarief. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed. Ook is gekeken of verzoekster ergens in Nederland eerder kon worden geholpen. Zij heeft echter medegedeeld alleen door deze arts geholpen te willen worden. Daarom kon niet meer betaald worden dan het Nederlandse DBC-tarief. Het advies van het Zorginstituut noemt een andere DBC, die een lager tarief kent dan de gehanteerde

DBC. Overigens is er niet veel verschil tussen beide tarieven. Het gevolg is dat verzoekster een deel van de kosten voor eigen rekening moet nemen. Het S2-formulier werd niet geaccepteerd door de betreffende arts. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar niet kunnen zeggen wat door de Belgische mutualiteit zou zijn betaald voor deze operatie. De ziektekostenverzekeraar is bereid te tarifieren, maar verwacht niet dat het Belgische tarief hoger zal zijn, omdat plastische chirurgie in België slecht wordt betaald.

5.6. Op 18 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie per e-mail een afschrift gezonden van het antwoord van het Belgische RIZIV op het tarifieringsverzoek. De door verzoekster in België ondergane DIEAP-flap borstreconstructie komt volgens de Belgische sociale ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 verzoekster aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van het verwijderen van de expander en de autologe reconstructie met een DIEAP-flap rechts, uit te voeren in het ziekenhuis te Roeselare, België, 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 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)"*

8.4. In artikel 9 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen. Dit artikel luidt:

*"9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EERland of verdragsland dan Nederland*

*Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland hebt u voor zorg recht op:*

*- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*

*- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*

*- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.*

*(...)*

*Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. (...)"*

- 8.5. De artikelen 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 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. 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 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. Verzoekster heeft tijdig een aanvraag ingediend omdat zij voornemens was naar een andere EU-lidstaat, te weten België, te gaan 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. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de gevraagde ingreep een vergoeding toegezegd van € 10.511,30. Er is geen S2-formulier afgegeven en de ziektekostenverzekeraar heeft bij de afgifte van de machtiging ook niet aan dit formulier gerefereerd. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat geen S2-formulier is afgegeven omdat het ziekenhuis in Roeselare dit formulier niet accepteert. Deze weigeringsgrond kan geen stand houden. De gevraagde toestemming kan namelijk alleen worden geweigerd als de betreffende of daarmee vergelijkbare zorg tijdig in Nederland beschikbaar is. Door de ziektekostenverzekeraar is hier, in het kader van de aanvraag, geen beroep op gedaan. Een en ander leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft geweigerd toestemming te verlenen en een S2-formulier af te geven. Derhalve dient de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 26 lid 6 van Vo. nr. 987/2009 tot tarifiering over te gaan. In vervolg op de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar een tarifieringsverzoek ingediend bij het Belgische RIZIV. Uit het antwoord hierop van 5 augustus 2014 blijkt dat de bij verzoekster uitgevoerde verwijdering van de



expander en autologe reconstructie met een DIEAP-flap in België niet wordt vergoed ten laste van de sociale ziektekostenverzekering. Tarifiering leidt dus niet tot enige vergoeding.

- 9.3. Waar het de vergoeding op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering betreft, is door het Zorginstituut verklaard dat DBC-code 990004018 passend is voor de onderhavige behandeling. De ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van een andere DBC-code, evenwel met daaraan gekoppeld een hoger tarief. Aangezien dit in het voordeel is van verzoekster en zij de door het Zorginstituut en de ziektekostenverzekeraar opgegeven DBC-codes en tarieven niet gemotiveerd heeft betwist, heeft de inmiddels verleende vergoeding van € 10.511,30 als juist te gelden. Verzoekster heeft 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 het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

#### Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.6. Aangezien de ziektekostenverzekeraar op onjuiste gronden heeft geweigerd een S2-formulier aan verzoekster te verstrekken, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 27 augustus 2014,

Voorzitter