



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C, tegen De Friesland
Zorgverzekeraar N.V. en De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te
Leeuwarden

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, PLIF-OP behandeling, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201401433

Zittingsdatum : 22 april 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

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

1. Partijen

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

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
- 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. te Leeuwarden,
hierna gezamenlijk 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 Vrije Keus Polis (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 AV Standaard 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 door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering AV Tand Standaard 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 een PLIF-OP behandeling, uit te voeren te Meppen (Duitsland), ten bedrage van € 6.966,87 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de vergoeding € 5.910,89 bedraagt.
- 3.2. Verzoekster en haar behandelend arts hebben aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 13 en 20 mei 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster en haar behandelend arts 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 15 oktober 2014, ontvangen op 13 november 2014, heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag 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 19 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 februari 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 maart 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 april 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 maart 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015023454) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC-zorgproductcode passend is. Van het bestaan van een specifieke PLIF-behandeling met een OP-gedeelte is niet gebleken. Ervan uitgegaan wordt dat met PLIF-OP wordt bedoeld PLIF-Operation. In Nederland bestaan geen tarieven voor specifieke operaties, maar een systeem waarbij het (gecodeerd) invoeren van een diagnose en een behandeling leidt tot een te declareren DBC-zorgproduct. Een DBC-zorgproduct gaat uit van de gemiddelde behandeling in een zorgtraject. In onderhavig geschil is de voor de berekening gebruikte DBC-zorgproductcode passend. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 31 maart 2015 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 april 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 24 april 2015 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. Daarbij is de vraag gesteld of een verschil bestaat tussen een PLIF behandeling met en zonder decompressie, en zo ja, of dit verschil maakt voor de toepasselijke DOT-zorgproductcode. Bij brief van 4 mei 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Bij radicaire klachten is het primaire doel van chirurgisch ingrijpen het 'vrijmaken' van beknelde zenuwen en bloedvaten; dit heet decompressie. Decompressie kan gevolgd worden door vastzetten van ruggenwervels (fusie) als daar een indicatie voor is. De fusie is een integraal onderdeel van de toegepaste DBC. Het Zorginstituut stelt dat de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste zorgproductcode passend is. Een afschrift van het definitief advies van het Zorginstituut is met het bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend orthopeed heeft ter zake van verzoekster het volgende verklaard: "(...) *rechtsseitige Schmerzprovokation durch den Bauch auf L5/S1 an, sowie Schmerzen im rechten Sakrum. MRI-technisch sichtbarer vorderer Spondylophyt L5/S1 rechts*", en stelde voor "*operative, hintere Spondylodesis, PLIF, L5/S1 mit Spongiosamaterial aus der rechten (oder linken) Crista iliaca (kleine Blöckchen!)*".
- 4.2. Verzoekster is in 2004 in het kader van wachtlijstbemiddeling door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de heer Wigt, een orthopeed in Duitsland. Deze arts heeft haar gediagnosticeerd met osteoporose. Sindsdien is verzoekster onder behandeling van deze arts. Er hebben onder

meer twee operaties plaatsgevonden. In april 2014 heeft de arts verklaard dat verzoekster een PLIF-OP behandeling dient te ondergaan, waarbij "*eine operative Dekompression zusätzlich inkludiert ist*". Op 3 juni 2014 heeft deze behandeling plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar verleent hiervoor een vergoeding die staat voor een PLIF behandeling in Nederland. Verzoekster is het oneens met deze vergoeding.

- 4.3. De door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde vergoeding is onjuist, omdat deze is gebaseerd op een PLIF behandeling, en niet op een PLIF-OP behandeling. Zodoende wordt uitgegaan van een minder gecompliceerde operatie dan die door de behandelend orthopeed is uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar verleent geen vergoeding voor het OP-gedeelte van de behandeling, waardoor een bedrag van circa € 1.100,-- voor rekening van verzoekster komt. De tarieven in Duitsland liggen iets hoger dan de Nederlandse tarieven. Daarnaast geldt dat de vergoeding 100% dient te bedragen, aangezien verzoekster een Vrije Keus Polis heeft. Bovendien is zij er door de ziektekostenverzekeraar nimmer van op de hoogte gesteld dat de heer Wigt niet langer gecontracteerd was. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat zij heeft gekozen voor de betreffende zorgverlener is onjuist, omdat het de ziektekostenverzekeraar is geweest die haar in 2004 heeft doorverwezen naar de orthopeed in Duitsland. Sindsdien is zij bij deze arts onder behandeling en is een vertrouwensband ontstaan. De behandelend orthopeed kent de medische situatie van verzoekster.
- 4.4. Het is vreemd dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 28 april 2014 stelt dat de behandelend orthopeed zich aan de offerte moet houden. Tijdens een operatie kunnen namelijk altijd onvoorziene dingen gebeuren, zoals het optreden van een complicatie. De mededeling dat de behandeling moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk is vaag. De ziektekostenverzekeraar heeft jarenlang samengewerkt met de heer Wigt. Van verzoekster als leek kan niet worden verwacht dat zij zich ervan vergewist dat de onderhavige behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Overigens vermoedt verzoekster dit wel. Zij heeft veel vertrouwen in de arts.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de operatie in Duitsland iets goedkoper was dan als deze in Nederland was uitgevoerd. Toch volgde geen volledige vergoeding.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van medisch specialistische zorg indien de verzekerde over een verwijzing van de behandelend arts of huisarts beschikt. Verder dient de aangevraagde behandeling te voldoen aan de (internationale) stand van de wetenschap en praktijk, waardoor deze kan worden aangemerkt als gebruikelijk in de internationale kring der beroepsgenoten.
- 5.2. Verzoekster heeft in april 2014 een aanvraag ingediend voor een rugoperatie (PLIF) in Meppen (Duitsland), uit te voeren door de heer Wigt, een orthopedisch chirurg. De aanvraag is allereerst getoetst aan de Europese regelgeving (EG-verordening 883/2004). In het geval van verzoekster was sprake van geplande zorg die binnen een medisch verantwoorde termijn ook in Nederland kon worden verleend. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar geen toestemming verleend om op grond van voornoemde verordening zorg in het buitenland in te roepen. Verzoekster had echter wel recht op de aangevraagde zorg op grond van de zorgverzekering.
- 5.3. Elk jaar maken zorgverzekeraars contractafspraken met ziekenhuizen. Deze contractafspraken en gecontracteerde tarieven worden niet gepubliceerd. Dit heeft te maken met het feit dat het concurrentiegevoelige informatie betreft. Er is geen contract gesloten met de door verzoekster gekozen zorgverlener.

In 2014 gold een vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop recht bestaat als de zorg in Nederland zou zijn verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar artikel 3.12 van de zorgverzekering. Op basis van dit artikel heeft verzoekster recht op vergoeding van maximaal het wettelijk tarief in Nederland als zij gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

Een medisch specialist bepaalt het type DBC-zorgproduct op basis van de gestelde diagnose en behandelingen die plaatsvinden. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft op dezelfde manier een zorgproduct gevonden bij de behandeling die verzoekster heeft ondergaan. Het Nederlandse tarief voor de PLIF rugoperatie is bepaald op € 5.910,89 (zorgproductcode 131999261). Dit is het meest logische zorgproduct. De opmerking van de heer Wigt dat een PLIF-OP behandeling heeft plaatsgevonden maakt voor de Nederlandse financieringsstructuur geen verschil. In Nederland wordt voor deze behandeling een DBC-zorgproduct gedeclareerd voor een PLIF behandeling, ongeacht of hier een OP behandeling bij zit of niet. Bij een PLIF behandeling met verpleegdagen behoort, als gezegd, zorgproduct 131999261.

Voor DBC-zorgproduct 131999261 bestaat geen wettelijk tarief, waardoor verzoekster recht heeft op een vergoeding die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk is. Het gemiddelde gecontracteerde tarief dat de ziektekostenverzekeraar voor het betreffende zorgproduct heeft afgesproken bedraagt € 5.910,89. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed. Het gemiddelde gecontracteerde tarief geeft volgens de ziektekostenverzekeraar een goede weergave van hetgeen volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk is. Op dit moment bestaat geen aanleiding aan te nemen dat dit niet het geval is.

Verzoekster heeft eventuele complicaties bij de behandeling aangekaart. Hiertoe merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in Nederland de complicaties in het tarief zijn verdisconteerd. Alle kosten die onlosmakelijk met de behandeling zijn verbonden, vallen onder het genoemde tarief.

- 5.4. Verzoekster is in 2004 in het kader van wachtlijstbemiddeling door de ziektekostenverzekeraar naar de heer Wigt verwezen voor haar medische hulpvraag op dat moment. Dat was omdat er toen wachtlijsten in Nederland waren die de ziektekostenverzekeraar niet verantwoord vond. Deze verwijzing wil niet zeggen dat een contract met de heer Wigt was gesloten. De verzekerden van de ziektekostenverzekeraar zouden bij deze arts sneller geholpen kunnen worden en alles zou volledig worden vergoed. Na verloop van jaren kreeg deze arts het zo druk dat hij zelf een wachtlijst had. Toen heeft de ziektekostenverzekeraar een overgangsjaar ingesteld. Dit was 2012. In dat jaar is voor verzekerden die al eerder onder behandeling waren van de heer Wigt alles nog volledig vergoed. Bij verzekerden die nieuwe patiënten waren zou de vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden zijn. Bij de Vrije Keus Polis bedroeg deze vergoeding 100% van het Nederlandse wettelijk of gecontracteerde tarief. In het jaar 2013 werden de betreffende verzekeringsvoorwaarden voor alle verzekerden onverkort toegepast. De ziektekostenverzekeraar stelt het niet terecht te vinden indien dat verzoekster nog steeds rechten kan ontlenen aan de verwijzing naar de heer Wigt uit 2004.

- 5.5. Verzoekster is tijdig op de hoogte gesteld van de hoogte van de vergoeding en het feit dat de heer Wigt niet meer tot de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde artsen behoort (brief van 28 april 2014). Dat laatste kan per jaar verschillen en alleen reeds ingezette behandelingen worden dan nog een jaar door vergoed. Onderhavig geschil betreft een nieuwe behandeling. Niet voor niets is daarvoor een aparte aanvraag ingediend. Tevens is in voormelde brief opgemerkt dat indien de totale kosten van de behandeling hoger zijn dan het vastgestelde tarief, deze voor rekening van verzoekster komen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster er verder op geattendeerd dat genoemd tarief uitsluitend kan worden vergoed als de behandeling exact wordt uitgevoerd zoals vermeld in de offerte én dat geen vergoeding wordt verleend als achteraf blijkt dat sprake is geweest van een behandeling die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op 7 mei 2014 is door de heer Wigt een verhoging van de maximale vergoeding aangevraagd. Daarop heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord dat de maximale vergoeding € 5.910,89 blijft. Dit antwoord is zowel aan de heer Wigt als aan verzoekster gegeven. De behandeling heeft

plaatsgevonden op 3 juni 2014. Verzoekster heeft dus bewust het risico genomen dat kosten voor haar rekening zouden blijven.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat diverse medische tarieven in Duitsland in 2014 fors omhoog zijn gegaan. Dit is voor de ziektekostenverzekeraar reden temeer om erg kritisch met zorgnota's uit Duitsland om te gaan, vooral als die zorg regulier in Nederland voldoende beschikbaar is.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster voor behandeling door de heer Wigt heeft gekozen. Het Zorginstituut heeft ook gezegd dat het gaat om een PLIF behandeling, en dat de toevoeging 'OP' ziet op 'operatie'. Deze code wordt bij meer onderdelen op de nota gebruikt, bijvoorbeeld bij de handschoenen die zijn gebruikt. Voor de PLIF behandeling is één DOT-zorgproductcode beschikbaar. Dat geen volledige vergoeding wordt verleend is te verklaren door het verschil in declareren per DOT-zorgproductcode en per verrichting. Tot slot verklaart de ziektekostenverzekeraar er begrip voor te hebben dat verzoekster een vertrouwensband met de heer Wigt heeft opgebouwd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 2.12 van de zorgverzekering en artikel 2.10 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 is gehouden de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 tot en met 3.24 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3.12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“3.12 Medisch specialistische zorg algemeen

Inhoud zorg

*U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.
(...)*

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum.

Met medisch specialist wordt bedoeld een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

(...)

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, sportarts, jeugdarts, tandarts, verloskundige, kaakchirurg, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, audicien of optometrist.

(...)

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn."

- 8.4. Artikel 2.7.11 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"2.7.11 Buitenland

Als u in Nederland woont, heeft u ook aanspraak op zorg van een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

Tip: Wilt u in het buitenland behandeld worden, informeer dan eerst bij ons of de kosten vergoed worden, onder welke voorwaarden en welk bedrag u eventueel zelf dient bij te betalen.

(...)

Vergoeding als zorg niet (tijdig) in Nederland beschikbaar is

U heeft recht op volledige vergoeding van de kosten:

- a. als u toestemming van De Friesland heeft ontvangen om naar een met name genoemde niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland te gaan in het kader van wachtlijstbemiddeling;*
- b. als de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door De Friesland.*

(...)"

- 8.5. De artikelen 3.12 en 2.7.11 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 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 gereuleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de

ziekttekostenverzekeraar 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:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster is naar Duitsland, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft voldoende onderbouwd, en tijdig aan verzoekster medegedeeld dat het hier verzekerde zorg betreft die op dat moment tijdig in Nederland beschikbaar was. Door verzoekster is dit niet bestreden. Derhalve heeft de ziektekostenverzekeraar terecht geweigerd een S2-formulier af te geven, en dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat een PLIF(-OP) behandeling een verzekerde prestatie vormt en dat verzoekster hiervoor een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van DBC zorgproduct 131999261 met als omschrijving "*Oper wervelkolom zwaar | Met VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma*". Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat (de kliniek van) de heer Wigt niet door hem is gecontracteerd. Ingevolge artikel 3.12 van de zorgverzekering worden in het geval dat gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft het gemiddelde gecontracteerde tarief voor zorgproduct 131999261 vergoed, omdat dit tarief volgens hem een goede weergave is van hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden redelijk is. Het tarief dat is vergoed bedraagt € 5.910,89. Mede gelet op de adviezen van het Zorginstituut van 23 maart en 4 mei 2015, volgt de commissie de ziektekostenverzekeraar in zijn redenering. Het tarief van € 5.910,89 heeft te gelden als marktconform tarief voor de onderhavige behandeling. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

- 9.4. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd - met name het feit dat zij destijds door zorgbemiddeling bij de heer Wigt is terechtgekomen - maakt het voorgaande niet anders. Verzoekster is in de veronderstelling dat de behandeling bij deze zorgverlener doorlopend is. Een aanvraag voor een behandeling, zoals de onderhavige, wordt echter beoordeeld aan de hand van de op dat moment geldende wet- en regelgeving en voorwaarden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2015,

mr. drs. P.J.J. Vonk