



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, als wettelijk vertegenwoordiger van B, beiden te C, tegen Avéro Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, in deze
vertegenwoordigd door Kettlitz Wulfse Volmachten B.V. te Nieuwegein

Zaak : Verenigde Staten, medisch specialistische zorg, oorreconstructie met Medpor-implantaat,
hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201600139

Zittingsdatum : 2 november 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen



A, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van B, hierna te noemen: verzekerde, beiden te C,



tegen

- 
- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Kettlitz Wulfse Volmachten B.V. te Nieuwegein.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Excellent 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een oorreconstructie met Medpor-implantaat ten behoeve van verzekerde, ten bedrage van USD 37.250,--, uitgevoerd te Beverly Hills (Verenigde Staten), alsmede van de kosten van de pre- en postoperatieve zorg (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor de operatie een vergoeding wordt verleend van € 2.615,81.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de vergoeding te verhogen tot € 5.182,98. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 1 oktober 2015 aan verzoekster medegedeeld deze 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 12 juni 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog geheel dan wel tot een hoger bedrag dan € 5.182,98 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 2 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Hierin is opgenomen dat de vergoeding wordt verhoogd, in die zin dat een bedrag van € 1.235,16 zal worden nabetaald. Een afschrift van deze brief van de ziektekostenverzekeraar is op 6 september 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 september 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 6 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 26 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016112828) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzekerde in aanmerking komt voor vergoeding van de ingreep en dat het door de ziektekostenverzekeraar toegepaste tarief van € 6.418,14 passend is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 13 oktober 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 november 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 4 november 2016 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 11 november 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend KNO-arts/otoloog heeft het volgende over verzekerde verklaard: "[Verzekerde] bezocht op 1-4-2015 opnieuw de polikliniek Keel-, Neus- en Oorheelkunde, nadat hij in januari op het Nijmeegse oorschelp spreekuur is geweest. Diagnose: unilaterale congenitale microtia en atresie AD Goldenhar. [Verzekerde] komt voor controle in verband met bovenstaande. Heeft een beengeleidingshoortoestel (BCD- bone conduction device) op beugel geprobeerd, vond het geluid mooi maar kwam te luid binnen en hij kon er op dit moment niet goed aan wennen. Na een uitgebreide voorlichting hebben [verzekerde] en zijn ouders besloten om een reconstructie middels Medpore te wensen. In Nijmegen bieden we deze reconstructie alleen met eigen ribkraakbeen met goed resultaat aan, derhalve verwijs ik [verzekerde] en zijn ouders voor deze specifieke reconstructie naar Dr. Reinisch in Amerika. Conclusie: 1. unilaterale congenitale microtia en atresie AD type 3 bij Goldenhar (...)".
- 4.2. De huisarts heeft het volgende over verzekerde verklaard: "Gaarne verwijzing naar dr. Reinisch, Los Angeles USA, ter correctie oorsche[l]p en gehoor bij [verzekerde]. [Verzekerde] heeft een congenitale hemifaciale microsomie rechterzijde. Door vrijwel ontbreken van oorschelp ziet [verzekerde] er anders uit dan zij[n] leeftijdsgenoten en ondervindt hij daar nu hinder van. Hij wil er graag normaal uitzien. De operatie, middels Medpor, wordt recent ook in Nederland uitgevoerd. Echter de ruime ervaring op dit terrein ligt bij dr Reinisch, Los Angeles USA, ouders hebben

zich hierin uitgebreid geïnformeerd, ook in overleg met mij en ik sta achter deze beslissing. De begeleidende verwijzing van collega Hol, KNO-arts/otoloog is toegevoegd."

- 4.3. Verzekerde is geboren met hemifaciale microtie/atresie rechts, hetgeen inhoudt dat hij aan de rechterkant geen oor en geen gehoorgang heeft en dus volledig doof is. De linkerkant is normaal ontwikkeld. Het was voor verzekerde door zijn afwijkende uiterlijk moeilijk zich staande te houden gedurende zijn lagere schooltijd. Verzoekster en haar echtgenoot zijn jaren op zoek geweest naar herstel mogelijkheden voor zowel het gehoor als de oorschelp rechts van verzekerde. In Nederland worden oorreconstructies uitgevoerd door gebruik te maken van kraakbeen uit een rib. De resultaten van die operaties zijn matig en er zijn een aantal bezwaren. Zo moeten meerdere ingrepen worden uitgevoerd om tot het uiteindelijke resultaat te komen, is de operatie pijnlijk, blijven grote littekens achter, en kan geen verfijnd oor worden gemaakt omdat kraakbeen uit de rib verschilt van kraakbeen uit het oor. De beste methode voor een oorreconstructie is die met gebruik van een Medpor-implantaat. Medpor is kunstmateriaal en de mal wordt bedekt met eigen huid en bloedvoorziening. De arts die de meeste ervaring heeft met oorreconstructies met Medpor-implantaten is dr. Reinisch, en hij opereert enkel in de Verenigde Staten. In Nederland is in 2015 gestart met het uitvoeren van oorreconstructies met Medpor-implantaat. Deze eerste operaties zijn niet goed verlopen, waarna toepassing van de betreffende methode is stopgezet. Dr. Reinisch heeft bij hoge uitzondering twee hersteloperaties in Nederland uitgevoerd bij de betreffende kinderen. Verzoekster en haar echtgenoot hebben er derhalve voor gekozen verzekerde in de Verenigde Staten een oorreconstructie te laten ondergaan. Voorafgaand aan de operatie is toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, én deze is ook verleend. Bij die aanvraag waren de verwijzing van de huisarts en van de Nederlandse specialist op het gebied van ribkraakbeenoperaties gevoegd. De oorreconstructie bij verzekerde heeft op 6 juli 2015 plaatsgevonden en de totale kosten bedragen USD 37.250,--. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de oorreconstructie aanvankelijk een vergoeding verleend van € 5.182,98, welk bedrag is gebaseerd op de Nederlandse tarieven. De vergoeding is slechts een fractie van de werkelijke kosten. Verzoekster vindt dit om de navolgende redenen onbegrijpelijk en onacceptabel.
- 4.4. Ten eerste is het grote verschil tussen de kosten en de vergoeding niet uit te leggen, ook niet als wordt uitgegaan van de Nederlandse tarieven. Enkel de Medpor-prothese kost in Nederland al circa € 2.000,--. Volgens de ziektekostenverzekeraar levert toepassing van een DBC voor een oorreconstructie een veel lagere vergoeding op dan toepassing van een DBC voor een operatie door een plastisch chirurg. Dit komt verzoekster zeer onwaarschijnlijk voor. In Nederland zijn voor een oorreconstructie met de ribkraakbeenmethode meerdere operaties (minimaal drie) nodig. Ten tweede is sprake van een oorreconstructie, en niet, zoals de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, van een oorcorrectie. Verzekerde heeft eenzijdige microtie waardoor één oorschelp volledig afwezig is en er geen gehoorgang en inwendig gehoororgaan aanwezig zijn. Het lijkt erop dat de ziektekostenverzekeraar een oorreconstructie en een oorcorrectie met elkaar verwart, waarbij een oorcorrectie uiteraard veel minder ingrijpend is. Ten derde betreft het een operatie van acht uur, en drie pre- en postoperatieve controles. Verzoekster (en haar echtgenoot) hebben gekozen voor een poliklinische behandeling vanwege de hoge kosten van een ziekenhuisopname. Verzoekster heeft de indruk dat de ziektekostenverzekeraar de kwestie niet goed heeft beoordeeld. Dit wordt versterkt door het gegeven dat de ziektekostenverzekeraar in een brief spreekt over een verrekening van de vergoeding met het eigen risico. Verzekerde was ten tijde van de ingreep dertien jaar, en is thans veertien jaar oud, dus van een eigen risico kan geen sprake zijn. Dat de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft met de Cedars-Sinai Medical Group te Beverly Hills kan correct zijn, maar is niet relevant omdat een restitutieverzekering is afgesloten. De vergoedingen op basis van deze polis zijn niet gebaseerd op een (verplichte) contractspartij. Juist om die reden is bewust gekozen voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bij de ziektekostenverzekeraar. Het is dan ook onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat het hier een niet-gecontracteerde zorgaanbieder betreft. Voorts stelt verzoekster het volstrekt onbegrijpelijk te vinden dat de eventuele kosten van noodzakelijke vervolg- of hersteloperaties in de verleende vergoeding zijn opgenomen. Dit zou impliceren dat de standaard vergoeding nog lager is en dat daarbij al een bedrag is opgeteld voor een hersteloperatie, of dat de ziektekostenverzekeraar gewoonweg geen vergoeding

verleent hiervoor. Mede gelet op het feit dat een restitutieverzekering (en de aanvullende ziektekostenverzekering) is afgesloten, is deze stelling van de ziektekostenverzekeraar niet te volgen.

Verzoekster voert verder aan dat een oorreconstructie met Medpor-implantaat ook in Nederland wordt uitgevoerd, en dat deze operatie volledig wordt vergoed door de verzekeraars. Toen verzoekster en haar echtgenoot de beslissing namen om verzekerde in de Verenigde Staten te laten opereren door dr. Reinisch, was toepassing van de Medpor-methode in Nederland tijdelijk stopgezet, in verband met mislukte operaties. Een behandeling in Nederland was op dat moment dus niet mogelijk.

Mede op basis van de slechte resultaten in Nederland tot nu toe en de expertise van dr. Reinisch, is de uitsluiting van de kosten voor een hersteloperatie niet te begrijpen. Dr. Reinisch heeft inmiddels hersteloperaties uitgevoerd in Nederland (die wel zijn vergoed), waarmee zowel het grotendeels afwijzen van de vergoeding als het uitsluiten van kosten in verband met complicaties en herstel zeer onredelijk is.

Bovendien is verzoekster ervan op de hoogte dat in vergelijkbare gevallen andere (Nederlandse) verzekeraars oorreconstructies met Medpor-implantaat bij andere kinderen hebben vergoed (geheel of voor een groter deel). Eén geval betreft volledige vergoeding van een oorreconstructie met Medpor-implantaat door dr. Reinisch bij een Nederlands kind in de Verenigde Staten door een verzekeraar die valt onder hetzelfde concern als dat waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort. Tevens zijn de hersteloperaties door dr. Reinisch in Nederland vergoed. Deze willekeur binnen één verzekeringsgroep is volgens verzoekster onacceptabel. Volgens de ziektekostenverzekeraar valt de vergoeding van de onderhavige oorreconstructie onder de zorgverzekering. Dit betekent dat in Nederland door verschillende verzekeraars wisselende standpunten aangaande de vergoeding voor een oorreconstructie met Medpor-implantaat worden ingenomen.

Het is schrijnend voor verzoekster (en haar echtgenoot) om te constateren dat de bewust gekozen dure en beste (restitutie)polis bij de ziektekostenverzekeraar, een vergoeding biedt voor de oorreconstructie die slechts tien procent van de kosten dekt. Deze gedeeltelijke vergoeding mist daarbij een degelijke onderbouwing.

Verzoekster benadrukt dat zij en haar echtgenoot de reis naar de Verenigde Staten volledig zelf hebben bekostigd. In de voorwaarden van de zorgverzekering is een vergoeding voor reiskosten opgenomen. Verzoekster heeft echter geen enkele reiskostenvergoeding van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Dit is in vergelijking met oorreconstructies in Nederland, waarbij de reiskosten wel worden vergoed, onterecht.

4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat er één arts is die oorreconstructies met een Medpor-implantaat in Nederland uitvoert. Er zijn drie gevallen bekend waarin dit niet goed is gegaan, en het geconstrueerde oor moest worden verwijderd. Verzoekster heeft de indruk dat iedere keer als het mis gaat, de procedure voor het invoeren van de ingreep in Nederland weer wordt stopgezet. In het geval dat het mis gaat moet het oor worden hersteld. Bij de genoemde verzekerden die wel een vergoeding hebben gehad, werden de kosten van de eventuele complicaties ook vergoed. Verzoekster had verwacht dat een hogere vergoeding zou volgen, zowel op grond van de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering. Tot slot heeft verzoekster toegelicht dat zij heeft vernomen dat bij eventueel herstel in de Verenigde Staten evenmin een vergoeding wordt verleend. Dat is kennelijk anders als het in Nederland zou gebeuren. Verzoekster had verzekerde het liefst in Nederland laten opereren, maar de ingreep kon hier te lande niet worden uitgevoerd. De Nederlandse arts zit nog in de leercurve en hieraan wil verzoekster verzekerde niet blootstellen.

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. Behandelingen in het buitenland in een niet-gecontracteerd ziekenhuis dienen te allen tijde vooraf te worden aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. Voor de beoordeling van een dergelijke aanvraag zijn een verwijzing van de huisarts of behandelend medisch specialist uit Nederland,

een medische indicatie (diagnose), een behandelplan en een kostenopgave van de behandelend medisch specialist uit het buitenland nodig.

De vergoeding voor zorg in het buitenland bedraagt maximaal 100% van het gemiddelde Nederlandse tarief (artikel 4.3 van de zorgverzekering). De tariefbepaling vindt plaats conform de Zorgverzekeringswet. De kosten van zorg in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten van zorg in Nederland. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal het bedrag dat een verzekerde/verzekeringnemer krijgt als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarom dient er altijd rekening mee te worden gehouden dat voor zorg in het buitenland een (groot) gedeelte van de kosten voor eigen rekening is.

In Nederland wordt zorg anders gedeclareerd dan in veel andere landen. Wanneer in Nederland een tarief wordt vastgesteld, geldt dit voor het geheel van de consulten, verpleegligdagen, onderzoeken en dergelijke. Wanneer een complicatie optreedt die gerelateerd is aan de operatie, wordt hiervoor geen apart tarief vastgesteld. Dit is tevens de reden dat geen extra vergoedingen worden verleend bij (planbare) zorg in het buitenland.

- 5.2. Verzekerde heeft bij de Cedars-Sinai Medical Group te Beverly Hills een oorcorrectie met een Medpor-implantaat ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft geen overeenkomst met deze zorgaanbieder. Dit betekent dat de berekening van de vergoeding is gebaseerd op artikel 4.3 van de zorgverzekering. In eerste instantie is aan verzoekster medegedeeld dat voor de onderhavige behandeling een vergoeding wordt verleend van € 2.615,81. Nadien is besloten een hogere vergoeding toe te kennen. De vergoeding voor de oorreconstructie met Medpor-implantaat die bij verzekerde is uitgevoerd, bedraagt € 5.182,98. Dit is het tarief (2015) voor DBC-code 990004015 (declaratiecode 15D169) met omschrijving "*Uitgebreide operatie door een plastisch chirurg*". Het tarief behorend bij de DBC-code voor reconstructie van de oorschelp (declaratiecode 15D179) is veel lager dan voornoemd bedrag. Gezien het feit dat ook de rechter gezichtshelft is behandeld, is toepassing van DBC-code 990004015 reëel. Deze code is het meest passend. De vergoeding van € 5.182,98 is all-in, hetgeen betekent dat alle kosten die gerelateerd zijn aan de behandeling - van het eerste consult tot de nacontrole - hieronder vallen. Ook eventueel noodzakelijke vervolg- of hersteloperaties in verband met complicaties zijn bij de vergoeding inbegrepen. De lijst 'Vergoeding bij niet gecontracteerde zorgverleners Medisch Specialistische Zorg 2015' is overgelegd. Het is de ziektekostenverzekeraar bekend dat het Meander Medisch Centrum in Amersfoort behandelingen uitvoert die vergelijkbaar zijn met de onderhavige behandeling. Bij het Meander Medisch Centrum is navraag gedaan naar wat wordt gedeclareerd indien een Medpor-implantaat wordt geplaatst. De reactie was dat de DBC met declaratiecode 15D179 wordt gedeclareerd, met een bijbehorend tarief van € 2.615,81. Om verzekerde en zijn ouders tegemoet te komen is de DBC aangepast, zodat een hogere vergoeding is verleend. Nadat verzoekster zich tot de commissie had gewend, heeft de ziektekostenverzekeraar de kwestie nogmaals uitgebreid bestudeerd en intern besproken. Dit heeft ertoe geleid dat de eerder vastgestelde DBC 15D169 is aangepast naar de meer uitgebreide DBC 15D177 (*Grote en zeer uitgebreide hersteloperatie aan het lichaam door een plastisch chirurg*). Het bijbehorende tarief is € 6.418,14, waarbij ervan is uitgegaan dat de operatie in het UMC Utrecht zou plaatsvinden. Het verschil tussen het eerder uitbetaalde bedrag van € 5.182,98 en de thans vastgestelde vergoeding van € 6.418,14 is € 1.235,16. Dit bedrag zal aan verzoekster worden nabetaald. Voor de goede orde merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de medische kosten in de Verenigde Staten vele malen hoger zijn dan in Nederland. Dit grote verschil wordt veroorzaakt door de hoge (honorarium)kosten van de medisch specialist. De ouders van verzekerde hebben er zelf voor gekozen de onderhavige behandeling in het buitenland te laten uitvoeren. Daarnaast geldt dat het plaatsen van een Medpor-prothese enkel tot cosmetische verbetering leidt. De gehoorverbeterende operaties worden apart uitgevoerd.

- 5.3. In artikel 2.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat uitsluitend recht op vergoedingen vanuit deze verzekering bestaat als de betreffende zorg niet of gedeeltelijk via een wettelijke regeling wordt verstrekt. Ook moet de zorg onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering vallen. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering worden niet vergoed de kosten ter compensatie van (a) kosten die met het eigen risico zijn verrekend, tenzij een collectieve verzekering is afgesloten die het verplicht of vrijwillig eigen risico vergoedt, (b) wettelijke eigen bijdragen en bedragen die boven de maximale vergoeding uitkomen, tenzij deze

vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende ziektekostenverzekering. Er bestaat geen dekking vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (bijvoorbeeld een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien de aanvullende ziektekostenverzekering niet zou hebben bestaan.

De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor planbare zorg in het buitenland.

- 5.4. Met betrekking tot de opmerking van verzoekster dat bewust is gekozen voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, voert de ziektekostenverzekeraar aan dat een vergoeding slechts vanuit één verzekering kan worden verleend. De onderhavige behandeling valt onder de zorgverzekering, en de vergoeding bedraagt maximaal 100 procent van het gemiddelde Nederlandse tarief.
- De zorgverzekering is, zoals verzoekster ook stelt, een restitutieverzekering. Met een restitutieverzekering bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg. Bovendien is de vergoeding van zorg bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders hoger dan bij een naturaverzekering. De inhoud van het verzekerde pakket is evenwel gelijk. De ziektekostenverzekeraar wijst op artikel 15 van de zorgverzekering inzake de vergoeding van kosten van zorg in het buitenland. De Verenigde Staten, alwaar de onderhavige operatie is uitgevoerd, is geen verdragsland zoals bedoeld in artikel 15.1 van de zorgverzekering. Daarom is de vergoedingsregeling zoals genoemd in artikel 15.2 van de zorgverzekering van toepassing. De door de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk vastgestelde vergoeding van € 6.418,14 is te beschouwen als het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- 5.5. Verzoekster noemt enkele gevallen waarin een andere verzekeraar, die onderdeel is van hetzelfde concern als dat waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort, een hogere of volledige vergoeding heeft verleend aan een verzekerde voor een oorreconstructie met Medpor-implantaat. De ziektekostenverzekeraar merkt hiertoe op dat binnen het concern verschillende verzekeraars actief zijn. Deze verzekeraars werken separaat van elkaar, voeren een eigen beleid en hebben bovendien een eigen marktbenadering met veelal ook aparte voorwaarden per merk. Dat een andere verzekeraar die onderdeel is van hetzelfde concern als dat waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort, wel een hogere vergoeding heeft verleend, betekent niet dat de ziektekostenverzekeraar hiertoe ook moet overgaan. De ziektekostenverzekeraar neemt de opmerking van verzoekster verder voor kennisgeving aan en kan hier niet inhoudelijk op reageren, omdat hij niet beschikt over alle details.
- 5.6. Verzoekster heeft ook reiskosten gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Deze kosten komen niet voor vergoeding in aanmerking. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering en de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat geen recht op vergoeding van de gemaakte reiskosten.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt samengevat herhaald. Voorts is ter aanvulling aangevoerd dat uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat de door hem vastgestelde DBC passend is.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 18 van de Algemene voorwaarden 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 is gehouden de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 6.418,14 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 1 tot en met 39 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering.



- 8.3. Artikel 29 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:



"Heeft u medisch specialistische zorg en/of om die reden verblijf nodig? Dan vergoeden wij deze zorg. Deze zorg kan plaatsvinden in:



- 1 een ziekenhuis,*
- 2 een zelfstandig behandelcentrum of*
- 3 de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.*



De zorg bestaat uit:



- a medisch-specialistische zorg;*
 - b tijdens uw behandeling en eventuele verblijf: verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen;*
 - c uw verblijf in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de laagste klasse.*
- (...)*



Voorwaarden voor vergoeding



- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist.*



(...)

- 3 De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.*



- 4 Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan vergoeden wij uw kosten alleen als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.*
- (...)"*



- 8.4. Artikel 25 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering betreft plastische chirurgie. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*

c de volgende aangeboren misvormingen:

- lip-, kaak- en gehemeltepleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- (...)

Voorwaarden voor vergoeding

1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

2 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

(...)"

- 8.5. Artikel 15 van de Algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"15.2 VERGOEDING VAN ZORG IN LAND DAT GEEN VERDRAGSLAND, EU- OF EER-STAAT IS

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens de Vergoedingen Keuze Zorg Plan tot maximaal:

a de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in de Keuze Zorg Plan wordt genoemd;

b het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet markt[ver]ordening gezondheidszorg (Wmg);

c het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

(...)"

- 8.6. Artikel 19 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vervoer. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

19.2 ZITTEND ZIEKENVERVOER

Wij vergoeden de kosten van:

a zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,31 per kilometer bij vervoer per eigen auto. Wij vergoeden de kosten voor verzekerden die:

- nierdialyse ondergaan;
- oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan;
- visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen;
- rolstoelafhankelijk zijn.

b vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

a van en naar een zorgverlener of zorg verlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;

b naar een instelling waar u op kosten van de Wlz zult verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);

c vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz onderzoek of een behandeling moet ondergaan;

d vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;

e van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.

Eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer

*Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 97,- per persoon per kalenderjaar.
(...)*

Voorwaarden voor vergoeding

1 Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij bepalen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van vervoer. Ook bepaalt deze op welke vorm van vervoer u recht heeft.

2 Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw basisverzekering vergoeden of die vanuit de Wlz wordt vergoed.

3 Is zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer, eigen auto of ambulance niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.

4 In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.

5 U komt alleen in aanmerking voor vergoeding van vervoerskosten, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen."

- 8.7. De artikelen 19, 25 en 29 van de 'Vergoedingen' en 15 van de Algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de Algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Ziekenvervoer is geregeld in de artikelen 2.13, 2.14 en 2.15 Bzv, en verder uitgewerkt in artikel 2.37 Rzv.
- 8.9. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzekerde heeft in de Verenigde Staten poliklinisch een oorreconstructie met Medpor-implantaat ondergaan, waarvan de kosten USD 37.250,-- bedragen. Tussen de Verenigde Staten en Nederland bestaat geen verdrag op het terrein van de sociale ziektekostenverzekering, zodat het recht op vergoeding dient te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Tussen partijen is niet in geschil dat de betreffende oorreconstructie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzekerde hiervoor een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding.

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van de vergoeding - uiteindelijk - uitgegaan van DBC-zorgproduct 990004023, met als omschrijving "*Diagnosen lichaam | Reconstructie zeer groot | Plastische chirurgie*" (consumentenomschrijving "*Grote en zeer uitgebreide hersteloperatie aan het lichaam door een plastisch chirurg*"). Het betreft een zorgproduct uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Gelet op de lijst 'Vergoeding bij niet gecontracteerde zorgverleners Medisch Specialistische Zorg 2015', bedroeg het bijbehorende tarief ten tijde van de behandeling € 5.824,16. Dit betreft 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel verklaard dat, uitgaande van behandeling in het UMC Utrecht, het tarief voor genoemd DBC-zorgproduct door hem is bepaald op € 6.418,14. Dit bedrag is uiteindelijk aan verzoekster vergoed en de commissie zal in die beslissing niet treden.
- De commissie merkt nog op dat een volledige kostenvergoeding in het onderhavige geval niet aan de orde is. Anders dan verzoekster meent, is geen sprake van een zuivere restitutiepolis, waardoor de ziektekostenverzekeraar - gelet op artikel 13 Zvw - gerechtigd is de hoogte van de vergoeding te bepalen. In de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen dat aanspraak bestaat op 100% van het Nederlandse tarief. Dit is het Wmg-tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- 9.3. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat de verleende vergoeding te laag is. Deze dekt slechts een fractie van de werkelijke kosten. Het is volgens verzoekster onwaarschijnlijk dat een dergelijke vergoeding geldt voor een oorreconstructie in Nederland. Daarbij is door haar gesteld dat een oorreconstructie in Nederland via de ribkraakbeenmethode uit minimaal drie separate ingrepen bestaat. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat het door hem toegepaste DBC-zorgproduct het meest passend is voor de door verzekerde ondergane oorreconstructie. Ook al omdat niet alleen het oor, maar tevens de rechter gezichtshelft is behandeld. Een ander DBC-zorgproduct voor een ooroperatie zou bovendien leiden tot een lagere vergoeding. De commissie overweegt dienaangaande dat uit het advies van het Zorginstituut van 26 september 2016 blijkt dat het door de ziektekostenverzekeraar toegepaste tarief passend is. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Verzoekster maakt tevens aanspraak op vergoeding van de kosten van de pre- en postoperatieve zorg. Hiertoe merkt de commissie op dat het tarief van het DBC-zorgproduct wordt geacht kostendekkend te zijn. Er wordt één tarief vastgesteld en vergoed voor één zorgvraag/ behandeltraject, derhalve van het eerste consult tot en met de nacontrole en eventuele behandeling van complicaties.
- Het enkele feit dat de tarieven in de Verenigde Staten hoger zijn dan de Nederlandse tarieven, en dat de kosten van pre- en postoperatieve zorg aldaar apart in rekening worden gebracht - waardoor in een geval als het onderhavige een groot bedrag voor eigen rekening blijft - kan niet leiden tot een hogere vergoeding.
- 9.5. De zorgverzekering biedt aanspraak op zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer, taxivervoer of per eigen auto. Bij verzekerden tot 16 jaar maakt het vervoer van een begeleider deel uit van de aanspraak. De kosten worden vergoed van ziekenvervoer naar en van een zorgverlener of instelling die zorg verleent die geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed. Als voorwaarden gelden dat (i) de ziektekostenverzekeraar voorafgaande toestemming moet hebben verleend, (ii) het vervoer verband moet houden met de zorg die wordt vergoed, (iii) indien een ander vervoermiddel wordt gebruikt, de ziektekostenverzekeraar hiervoor voorafgaande toestemming moet hebben verleend, (iv) voor begeleiding door twee personen voorafgaande toestemming door de ziektekostenverzekeraar moet zijn verleend, en (v) de reisafstand naar de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedraagt, tenzij anders is overeengekomen.
- In het onderhavige geval is sprake van een ander vervoermiddel dan openbaar vervoer, taxivervoer of de eigen auto. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor geen voorafgaande toestemming verleend. Verder bedraagt de reisafstand naar de zorgverlener meer dan 200 kilometer, en verzoekster heeft hierover geen voorafgaande afspraken gemaakt met de ziektekostenverzekeraar.

 Nu niet is voldaan aan de toepasselijke voorwaarden, bestaat geen aanspraak op vergoeding van de vervoerskosten ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

-  9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor geplande zorg in het buitenland of voor de gemaakte reiskosten, zodat een - aanvullende - vergoeding op grond van die verzekering niet mogelijk is.

Vergoeding door andere zorgverzekeraars

-  9.7. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan verzoekster op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoekster zich slechts beroept op het beleid van andere zorgverzekeraars, kan haar dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten. Het feit dat die andere zorgverzekeraars deel uitmaken van hetzelfde concern als dat waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort, maakt dit niet anders. In juridische zin is immers sprake van aparte rechtspersonen met eigen verantwoordelijkheden, onder andere met betrekking tot het genoemde beleid. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

-  10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2016,

 H.A.J. Kroon