



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen N.V. Zorgverzekeraar UMC te Arnhem

Zaak : Verenigde Staten, geneeskundige zorg, selective neurectomy i.c.m. platysma resection, stand wetenschap en praktijk, hoogte vergoeding, marktconform tarief

Zaaknummer : 201701315

Zittingsdatum : 12 september 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.2, tweede lid, Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

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

N.V. Zorgverzekeraar UMC te Arnhem, 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 grond van de verzekering UMC Basis (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 UMC Extra Zorg 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering UMC Extra Tand 2 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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 'selective neurectomy i.c.m. platysma resection', uit te voeren in Los Angeles, Verenigde Staten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de aanspraak slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 3.087,24 in te willigen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de vergoeding te verhogen naar € 4.448,69.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 20 maart 2018 en brief van 17 april 2018 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 dan € 4.448,69 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 13 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juni 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 juli 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 juli 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 12 juli 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018030599) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat selective neurectomy i.c.m. platysma resection niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 juli 2018 aan verzoekster gezonden en op 24 juli 2018 aan de ziektekostenverzekeraar.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 september 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 18 september 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 september 2018, binnengekomen op 19 september 2018, de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en pleitnota 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. Bij verzoekster is in 2012 een verlamming van de aangezichtszenew ontstaan, met als gevolg synkinesen, een gezicht en glimlach die asymmetrisch zijn, en verlies van gezichtsuitdrukkingen. Haar aangedane oog knippert minder en het is voor verzoekster als gevolg van de verlamming lastig om te eten en drinken. Dit heeft een zeer grote invloed op de kwaliteit van haar leven, en het is voor haar daarom noodzakelijk de verlamming te laten behandelen. In Nederland bestaan hiervoor echter weinig mogelijkheden. De enige behandeling van de aandoening die voor verzoekster beschikbaar is, wordt uitgevoerd door het academisch centrum te Maastricht, en bestaat uit transplantatie van een zenuw en spier vanuit de borst naar het gezicht. De risico's zijn bij deze ingreep zeer groot en de kans op succes is klein.
- 4.2. Verzoekster is op zoek gegaan naar andere behandelmogelijkheden buiten Nederland. Zij is uiteindelijk terecht gekomen bij een arts in de Verenigde Staten, die de behandeling met 'selective neurectomy i.c.m. platysma resection' aanbiedt. Hierbij hoeft geen weefsel te worden getransplanteerd, zodat deze ingreep minder risicovol is. Bovendien is de kans op succes, gelet op de vele vergelijkbare behandelingen die deze arts inmiddels heeft toegepast, groot. De kosten van de ingreep bedragen \$ 25.099,--.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft uiteindelijk een vergoeding toegezegd van € 4.448,69 op basis van het DBC zorgproduct 069699064. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de kosten worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs vergoed. Indien de aangevraagde behandeling in het buitenland niet exact overeenkomt met het Nederlandse alternatief, wordt uitgegaan van de DBC-code die de buitenlandse behandeling het dichtst benadert. Verzoekster is van mening dat voor de behandeling die zij wenst geen Wmg-tarief beschikbaar is, zodat dient te worden uitgegaan van de in Nederland geldende redelijke marktprijs. In de voorwaarden van de zorgverzekering is immers niet bepaald dat als er geen Nederlands alternatief is, de DBC-code die de buitenlandse behandeling het dichtst benadert, mag worden toegepast voor de bepaling van de vergoeding.
- 4.4. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar voor het eerst aangevoerd dat de onderhavige behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat de vergoeding van € 4.448,69 is gebaseerd op coulance. Uit eerdere correspondentie blijkt dit evenwel niet. Ook het feit dat door de ziektekostenverzekeraar is aangesloten bij een DBC-zorgproductcode duidt niet op een onverplichte vergoeding.
- 4.5. Verzoekster stelt zich thans primair op het standpunt dat de voorgestelde behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, terwijl de vereiste expertise hiervoor in Nederland niet aanwezig is zodat moest worden uitgeweken naar de Verenigde Staten. De kosten van de ingreep moeten dan ook volledig aan haar worden vergoed. Subsidiar stelt verzoekster dat, mocht de commissie van oordeel zijn dat de zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, zij aanspraak heeft op vergoeding van de maximaal in Nederland geldende redelijke marktprijs. Het is verzoekster gebleken dat in het VU Medisch Centrum Amsterdam voor de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code een tarief wordt gerekend van € 35.530,-. Ook door andere ziekenhuizen wordt overigens een hoger tarief gerekend dan € 4.448,69.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat de ingreep in de Verenigde Staten er kortweg uit bestaat dat de zenuwactiviteiten die betrekking hebben op de glimlach van verzoekster worden gereduceerd. Nadien kunnen met behulp van kleine botoxbehandelingen imperfecties worden weggenomen. De behandelend arts heeft medegedeeld dat verzoekster de ideale kandidaat is voor de behandeling, omdat haar glimlach wordt aangetast door de spieren die haar glimlach omlaag brengen in plaats van omhoog. De behandeling is de enige die aansluit bij de klachten van verzoekster. Dit kan niet worden gezegd van de behandeling in Nederland, die grote risico's met zich brengt. Het hiervoor door de ziektekostenverzekeraar toegekende bedrag van € 4.448,69 komt niet in de buurt van het bedrag waarop zij recht heeft, aangezien de redelijk geldende marktprijs voor de door het UMC voorgestelde behandeling in Nederland veel hoger ligt. Verder blijkt uit de correspondentie geenszins dat het zou gaan om een vergoeding uit coulance. In artikel 13 Zvw is bepaald dat het de zorgverzekeraar niet vrij staat de hoogte van de vergoeding eigenhandig te bepalen. Verzoekster merkt verder op dat de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte DBC-zorgproductcode niet exact overeen komt met het behandelplan zoals dat in de Verenigde Staten is opgesteld. Er mag dan ook niet vanuit worden gegaan dat de gekozen DBC het behandelplan het dichtst benadert.
- 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. Medisch-specialistische zorg kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars in Nederland werken met de zogenoemde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Een DBC is een optelsom van de diagnose van de specialist en de (eventuele) ziekenhuisbehandeling die hieruit volgt. Diagnose en behandeling bepalen samen één prijs die het ziekenhuis achteraf in rekening mag brengen.

Voor de behandeling zoals die door verzoekster is aangevraagd, is het DBC-zorgproduct met code 069499064 gehanteerd met een bijbehorend tarief van € 4.448,69. Dit betreft de meest uitgebreide DBC voor de behandeling van verlamming van de aangezichtszenuw.

- 5.2. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn aan de behandelend arts in Nederland enkele vragen gesteld. Hij heeft hierop op 9 januari 2018 verklaard: *"(...) Pte heeft in november 2012 een idiopathische perifere facialis paralyse rechts opgelopen, en hoewel ze wel een positieve IgM voor Borrelia had, is ze hier nooit voor behandeld. Vanaf februari 2013 zijn er tekenen van herstel. Er resteren synkinesieën tussen oog en mond en pte komt bij mij ter bespreking van de mogelijkheden van reconstructie. Ze heeft nog veel moeite met de naeffecten van haar verlamming en ervaart een gevoel van onrecht. Ze heeft wel een adequate coping strategie. Ze heeft mimetherapie gehad. De laatste maanden heeft ze de mening gevraagd van collega (...) in Londen en recent van Dr. (...) in Los Angeles. Deze laatste adviseerde haar een combinatie te doen van een myectomy van de platysma en een selectieve neurectomie, mogelijk met rerouting van zenuwen. (...) Ik vind het plan van collega (...) interessant. De behandeling is vrij nieuw en wordt enkel nog in de VS uitgevoerd in Boston (...) en in Los Angeles (...). Hij is ook gepresenteerd tijdens het Internationale facialis congres in LA afgelopen zomer en kent in geselecteerde gevallen een goede uitkomst. Ik heb er echter geen ervaring mee, noch iemand anders in Nederland en kan dus geen goede uitspraak doen over de indicatie voor behandeling, noch over de kans op een goed resultaat. Voor zover ik weet is er evenmin iemand in de EU die dit standaard doet. Collega (...) in Londen stelde een vrije spierlap voor, wat veel te ver gaat en Dr. (...) in Rotterdam had evenmin een goed alternatief. Op grond daarvan zou ik me kunnen voorstellen dat de verzekering de betaling van de behandeling in LA op zich zou moeten nemen. Ik ben zeer benieuwd naar het resultaat van de behandeling. (...)"*
- 5.3. Bij brief van 28 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de Ombudsman Zorgverzekeringen toegelicht dat verzekerden recht hebben op vergoeding van zorgkosten als zij naar inhoud en omvang zijn aangewezen op de zorgvorm en als deze doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg plegen te bieden en door de stand van de wetenschap en praktijk. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. Indien de ziektekostenverzekeraar alleen kijkt naar de aangevraagde behandeling in de Verenigde Staten, zou vergoeding moeten worden afgewezen omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Omdat de ziektekostenverzekeraar echter begrip heeft voor de situatie van verzoekster, heeft hij ervoor gekozen aan te sluiten bij een DBC-code in Nederland die het meest overeenkomt met de situatie van verzoekster, en is hij gekomen tot de vergoeding van € 4.448,69. Dit betreft een vergoeding op basis van coulance en hieraan kunnen geen verdergaande rechten worden ontleend.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de brief van de behandelend arts van verzoekster in Nederland niet kan worden aangemerkt als een verwijzing. Op basis van de aanvraag is evenwel een machtiging toegekend voor vergoeding van de kosten van de behandeling tot een bepaald bedrag, waarbij is verwezen naar een DBC-zorgproduct. Dit betreft een vergoeding op grond van coulance, aangezien de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit laatste wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut. Omdat geen sprake is van een verzekerde prestatie, gaat het standpunt van verzoekster ten aanzien van het marktconforme tarief niet op. In Nederland bestaat overigens geen marktconform tarief voor de onderhavige ingreep, omdat deze hier niet wordt verricht.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 4.448,69 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 zorgaanbieders. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:

- zorg door een trombosedienst;*
- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;*
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;*
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;*
- begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder verstaan wij eenmalige korte stopadviezen;*
- medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis). (...)”*

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. (...)”*

- 8.5. Artikel 1.1 van de zorgverzekering bepaalt:

“De UMC Zorgverzekering is een restitutieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen ‘de zorgverzekering’. Op grond van deze zorgverzekering hebt u recht op vergoeding van de kosten

van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling."

8.6. Artikel 1.2 van de zorgverzekering bepaalt:

"U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg."

8.7. Artikel 1.5 van de zorgverzekering bepaalt:

"Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons."

8.8. De artikelen 1.1, 1.2, 1.5, 9 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.9. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1, tweede lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.10. 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. Tussen de Verenigde Staten en Nederland is geen verdrag gesloten inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering. De vraag die in dat kader als eerste dient te worden beantwoord, is of het hier een verzekerde prestatie betreft. Vervolgens moet worden nagegaan of verzoekster een indicatie heeft voor de behandeling, of deze doelmatig is, en of is voldaan aan eventuele formele vereisten. Tot slot komt de hoogte van de vergoeding aan de orde.

9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft zich na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen op het standpunt gesteld dat de door verzoekster gewenste behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en dat de toegezegde vergoeding van € 4.448,69 op basis van *coulance* wordt verleend.
In een eerder stadium, namelijk ten tijde van de eerste beslissing en de heroverweging, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de vergoeding van € 4.448,69 zonder meer wordt verleend. Hierbij is noch een beroep gedaan op voormelde afwijzingsgrond noch is het voorbehoud gemaakt dat het ging om een *coulance*vergoeding, hoewel het op de weg van de ziektekostenverzekeraar lag zowel het een als het ander in zijn correspondentie expliciet te vermelden. Onder de gegeven omstandigheden is het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar dat de ziektekostenverzekeraar in deze fase van de procedure een (nieuwe) afwijzingsgrond inroept (vgl. HR 3 februari 1989, NJ 1990, 476). Ook de indicatie voor de ingreep, de doelmatigheid van de behandeling en het al dan niet voldoen aan eventuele formele vereisten kunnen om die reden niet meer ter discussie worden gesteld, zodat thans uitsluitend nog dient te worden getoetst of de hoogte van de toegezegde vergoeding juist is.

9.3. Vast staat dat verzoekster voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Haar keuze voor de arts in de Verenigde Staten stond toen al vast, en zij heeft de ziektekostenverzekeraar niet de mogelijkheid geboden over te gaan tot zorgbemiddeling, als bedoeld in artikel 1.1 van de zorgverzekering. Om die reden kan de vraag of voor verzoekster in Nederland tijdig een geschikte behandeling voorhanden was, onbeantwoord blijven. De ziektekostenverzekeraar heeft de op hem rustende zorgplicht, gelet op het voorgaande, niet geschonden, zodat geen aanspraak bestaat op de primair gevorderde volledige vergoeding van de kosten van de behandeling. Rest de vraag welk bedrag dan wel dient te worden vergoed.

9.4. De ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van het DBC-zorgproduct 069499064 met als omschrijving: *"Afwijkingen van nervus facialis | Facialis reconstructie groot | Zenuwstelsel zenuw/-wortel/-plexus (...) Groot herstel bij een aandoening van de aangezichtszenuw bij een stoornis van de aangezichtszenuw"*. 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 gehanteerde DBC-zorgproductcode komt de commissie - gelet op de bij verzoekster gestelde diagnose - juist voor. Hierbij tekent de commissie aan dat medisch specialistische zorg in Nederland uitsluitend op basis van een DBC-zorgproduct kan worden gedeclareerd, en dat in een 'buitenlandssituatie' - zoals hier aan de orde - daarom steeds een vertaling naar een of meer DBC-zorgproductcodes zal moeten plaatsvinden. Vergoeding op grond van de in Nederland geldende redelijke marktprijs, zoals door verzoekster gesuggereerd, zonder onderliggend DBC-zorgproduct is niet mogelijk. Door verzoekster is geen alternatief DBC-zorgproduct benoemd.

De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat het bij het door hem gehanteerde DBC-zorgproduct behorende tarief € 4.448,69 bedraagt. Hij heeft zich hierbij gebaseerd op een lijst met tarieven die is voortgekomen uit onderhandelingen die de ziektekostenverzekeraar heeft gevoerd met diverse zorgaanbieders in het kader van zijn naturaverzekeringen. De door verzoekster afgesloten verzekering betreft weliswaar een combinatiepolis, maar gelet op artikel 1.1 van de zorgverzekering

mocht verzoekster erop vertrouwen dat zij een restitutieverzekering had afgesloten, zodat het bepaalde in artikel 13 Zvw - kort gezegd: de zorgverzekeraar mag in zijn verzekeringsvoorwaarden de hoogte van de vergoeding bepalen indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorg - buiten toepassing blijft. Ten aanzien van de restitutiepolis geldt dat uit artikel 2.2, tweede lid, onderdeel b, Bzv volgt dat de zorgverzekeraar gehouden is de gedeclareerde kosten van zorg of een andere dienst te vergoeden, tenzij de kosten hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

- 9.5. Door verzoekster zijn enkele tarieven genoemd die worden gehanteerd bij ziekenhuizen in Nederland. Het ligt op de weg van de ziektekostenverzekeraar na te gaan wat het hoogste (passanten)tarief is dat in Nederland voor het onder 9.4 vermelde DBC-zorgproduct wordt berekend. Zoals de commissie bij eerdere gelegenheden heeft geoordeeld, is namelijk het hoogste tarief dat hiervoor door een zorgaanbieder rechtsgeldig in rekening mag worden gebracht in de Nederlandse marktomstandigheden passend te achten. Verzoekster heeft evenwel nimmer aanspraak op een hogere vergoeding dan het bedrag dat zij in de Verenigde Staten voor deze zorg dient te betalen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de door verzoekster gewenste behandeling, zodat het verzoek - indien de vergoeding op grond van de zorgverzekering lager is dan de daadwerkelijke kosten van de behandeling - niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 26 september 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester