



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : EU/EER, België, medisch-specialistische zorg, heupoperatie, indicatie, doelmatigheid,
privacy
Zaaknummer : 201500680
Zittingsdatum : 23 maart 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004, artt. 16 en 21 Wbp)

1. Partijen

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

IZZ Zorgverzekeraar N.V. 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 IZZ Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en IZZ Zorg voor de Zorg Extra 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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 heupoperatie, ondergaan in de Nederlandse Heupkliniek te Sint-Martens-Latem (België), ten bedrage van € 9.463,70 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 brieven van 15 oktober 2015 en 16 november 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 18 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 januari 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 januari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 maart 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 20 januari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 8 februari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016009669) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de stukken niet blijkt dat verzoekster een indicatie had voor een heupprothese. Uit de in het dossier aanwezige medische informatie is alleen op te maken dat de behandelend arts heeft geconstateerd dat sprake was van coxartrose links. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 29 februari 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 maart 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 5 april 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 7 april 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 orthopedisch chirurg in Nederland heeft verklaard: "(...) *Conclusie: coxarthrose rechts, Beleid: Conservatief; wil AMI benadering in ander ZH vragen anders retour en [onleesbaar] en wel THP rechts (...)*"
- 4.2. Verzoekster had in 2014 een naturaverzekering bij de ziektekostenverzekeraar. Op 20 maart 2014 is toestemming gevraagd voor een totale heupartroplastiek rechts, uit te voeren in België. Deze toestemming is door de ziektekostenverzekeraar verleend, waarna verzoekster de operatie heeft ondergaan. Op 19 juni 2014 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd voor dezelfde operatie aan de linkerkzijde. Deze aanvraag voldeed aan de door de ziektekostenverzekeraar gestelde voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar deelde verzoekster op 23 juni 2014 per e-mail mede dat voor behandelingen bij de Nederlandse Heupkliniek een andere werkwijze diende te worden gehanteerd bij de toestemmingsaanvragen. Vervolgens diende verzoekster aanvullende informatie over te leggen. Verzoekster heeft aan dit verzoek niet voldaan, omdat de ziektekostenverzekeraar reeds over voldoende informatie beschikte om de aanvraag te kunnen beoordelen. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals verzocht om toestemming voor de heupoperatie, echter hierop is geen reactie gekomen. Verzoekster heeft de behandeling bij de Nederlandse Heupkliniek ondergaan, en de nota hiervan aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd met het verzoek het notabedrag rechtstreeks aan de zorgaanbieder te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar deelde haar bij brief van 6 augustus 2014 mede dat te weinig informatie voorhanden was om zich een oordeel te vormen over de doelmatigheid en doeltreffendheid van de behandeling, en verzocht wederom om toezending van aanvullende informatie. Verzoekster heeft bij brief van 13 maart 2015 herhaald dat reeds voldoende informatie was aangeleverd om te kunnen vaststellen dat zij was aangewezen op de heupoperatie.
- 4.3. Het verzoek om toestemming voor het ondergaan van de heupoperatie in België dient te worden beschouwd als een verzoek om toestemming in de zin van artikel 20 Verordening 883/2004. Dit artikel bepaalt dat de toestemming niet kan worden geweigerd indien de prestatie behoort tot het

verzekerde pakket in Nederland en de behandeling, gelet op de gezondheidstoestand van de verzekerde, niet tijdig in Nederland beschikbaar is.

Ten tijde van de toestemmingsaanvraag van verzoekster bestonden in Nederland lange wachtlijsten voor het ondergaan van een heupoperatie via de directe, anterieure benadering. Deze lange wachtlijsten bestaan overigens nog steeds: thans bedraagt de wachttijd ruim drie maanden.

Verzoekster stelt dat de behandeling zodoende niet tijdig in Nederland kon worden verleend.

Kennelijk was de ziektekostenverzekeraar die mening begin 2014 ook toegedaan. Aan verzoekster is toen immers wel toestemming verleend om dezelfde operatie in België te ondergaan. Niet valt in te zien waarom de situatie op dit punt een paar maanden later wezenlijk anders zou zijn.

Artikel 10 Zvw bepaalt dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico onder andere behoefte aan geneeskundige zorg betreft. Artikel 11 Zvw regelt dat een 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 onder andere "vergoeding van de kosten van deze zorg". De zorg waarop aanspraak bestaat omvat volgens artikel 2.1 Bzv de zorg en diensten zoals omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bzv. De inhoud en omvang van de zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk (artikel 2.1 lid 2 Bzv). In artikel 2.4 is opgenomen dat geneeskundige zorg onder andere zorg omvat zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Het staat vast dat de uitgevoerde operatie onder de reikwijdte van artikel 2.4 Bzv valt, en dat deze conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De betreffende behandelmethode wordt overigens ook in Nederland toegepast. Dit brengt mee dat de uitgevoerde operatie zorg is die deel uitmaakt van het verzekerde pakket. De zorgverzekering is immers een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering, waardoor het de ziektekostenverzekeraar niet vrijstaat een dekking te bieden die afwijkt van hetgeen bij of krachtens de Zvw is voorgeschreven. Voor een aanspraak op zorg dan wel op vergoeding van de kosten van zorg eist artikel 2.1 lid 3 Bzv dat een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de betreffende vorm van zorg. Gelet op de verstrekte gegevens, waaronder een verwijzing van de huisarts en een indicatiestelling van de behandelend medisch specialist, kan worden vastgesteld dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de betreffende vorm van zorg. Een zorgverzekeraar is tot slot, zoals blijkt uit de toelichting bij artikel 2.1 Bzv, bevoegd over eventuele doelmatigheidseisen met de verzekerde "afspraken te maken in de zorgverzekering en [die] vervolgens op te nemen in de zorgpolis". In artikel 1.2 van de zorgverzekering ('medische noodzaak') is slechts opgenomen dat verzekerden enkel recht op vergoeding van de kosten van zorg hebben als zij naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg, en de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De begrippen doelmatig en doeltreffend zijn niet nader ingevuld, waardoor de ziektekostenverzekeraar daarop geen nadere eisen kan baseren die enkel van toepassing zijn op niet-gecontracteerde dan wel buitenlandse zorgaanbieders. Aan deze begrippen is daarom ook geen enkele grond te ontleen voor het opvragen van méér gegevens dan die door verzoekster zijn aangeleverd.

Gelet op het voorgaande, heeft verzoekster op basis van Nederlands recht aanspraak op de in België, door een Belgische zorgaanbieder verleende, zorg. In combinatie met de lange wachtlijsten die gelden voor deze zorg in Nederland, had de ziektekostenverzekeraar op verzoek van verzoekster moeten overgaan tot het verlenen van toestemming. Dit had er vervolgens zonder meer toe moeten leiden dat een volledige vergoeding van de gemaakte zorgkosten werd verleend.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft geoordeeld dat het feit dat de Belgische zorgverlener het S2-formulier niet gebruikt, hem ontslaat van de plicht na te gaan of een S2-formulier had moeten worden afgegeven dan wel van de plicht tot het volledig vergoeden van de kosten van de behandeling. Dit is onjuist.

Artikel 26 lid 7 Verordening 987/2009 bepaalt immers dat indien een verzekerde de kosten van een behandeling die hij heeft ondergaan in het buitenland geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald, en de werkelijke kostprijs lager is dan de kosten die in Nederland voor dezelfde behandeling worden betaald (fictieve kostprijs), een zorgverzekeraar de kosten dient te vergoeden tot de fictieve kostprijs. Bovendien bepaalt artikel 56 VWEU dat het vrij verkeer van diensten niet mag worden belemmerd. Voor grensoverschrijdende zorgverlening is daarop in de rechtspraak van het Hof van Justitie van de EU (HvJ EU) slechts één uitzondering gemaakt: voor het ondergaan van een behandeling buiten Nederland mag een Nederlandse zorgverzekeraar van zijn verzekerde eisen

dat hij daarvoor voorafgaande toestemming vraagt indien sprake is van intramurale zorgverlening (vgl. o.a. HvJ EU C-490-19, Commissie/Luxemburg). Deze toestemming kan volgens dezelfde vaste rechtspraak van het HvJ EU slechts geweigerd worden als daarvoor een dwingende reden van algemeen belang bestaat en het verlenen van toestemming tot een ernstige aantasting van het financiële evenwicht zou leiden. Het is *aan de zorgverzekeraar* om aan te tonen *dat* dit evenwicht in ernstige mate wordt aangetast.

De door verzoekster ondergane heupoperatie heeft intramuraal plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft echter op geen enkele manier aangetoond dat het verlenen van toestemming in dat geval een ernstige aantasting van het financiële evenwicht zou meebrengen dan wel dat er een dwingende reden van algemeen belang bestaat om de toestemming te weigeren. Zoals reeds uiteengezet, had verzoekster overigens ook toestemming moeten krijgen.

Als gezegd, is de eis van voorafgaand toestemming bij intramurale zorgverlening de enige gerechtvaardigde belemmering van grensoverschrijdende zorgverlening. Beperkingen van de hoogte van de verstrekte vergoeding vormen ook een belemmering voor grensoverschrijdende zorgverlening. Deze belemmering is niet toegestaan.

Gelet op het voorgaande dient de door verzoekster ondergane heupoperatie volledig te worden vergoed. Immers, ook indien verzoekster de operatie in Nederland had ondergaan, waren de kosten van de zorg volledig vergoed. Verzoekster heeft namelijk een naturaverzekering afgesloten.

Voor zover een verzekerde is aangewezen op *vergoeding* van de kosten die in rekening zijn gebracht voor de verleende zorg, dienen deze kosten volledig te worden vergoed, tenzij de kosten *hoger* zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend te achten is (artikel 2.2 Bzv). Dit brengt, zo wordt ook door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gesteld, mee dat enkel indien de kosten *onredelijk hoog* zijn, een zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding kan beperken. Het is *aan de zorgverzekeraar* om *aan te tonen* dat de kosten onredelijk hoog zijn (vgl. o.a. artikel 2.2 Bzv en de toelichting hierop, het 'Toetsingskader beoordeling modelovereenkomsten polisjaar 2014' van de NZa bij artikel 11 Zvw, en pagina 17 van het document 'Standpunten 2015 Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen' van de NZa). Hierin zal de ziektekostenverzekeraar niet slagen. Uit verschillende beschikbare bronnen blijkt namelijk dat de betaalde kosten van € 9.463,70 *niet* onredelijk hoog zijn.

- 4.5. De behandeling van verzoekster bestond uit een preoperatief consult, inclusief lichamelijk onderzoek, op de polikliniek (en een preoperatieve informatiemiddag), meer dan twee onderzoeken (twee maal een radiologisch onderzoek, een laboratoriumonderzoek en een cardiologisch onderzoek), een postoperatief consult, inclusief lichamelijk onderzoek, en een heupoperatie met verpleegligdagen, waarbij de heupprothese werd geïmplant. De kosten belopen totaal € 9.463,70. Voor de behandeling die verzoekster heeft ondergaan is door de NZa geen tarief vastgesteld, zodat aansluiting dient te worden gezocht bij het tarief voor een vergelijkbare behandeling. Dit betreft de traditionele totale heupartroplastiek, oftewel het plaatsen van een heupprothese. Het plaatsen van een heupprothese (declaratiecode 15B034) viel in 2014 in Nederland in het zogenoemde B-segment. Hierdoor heeft de NZa voor deze behandeling slechts een honorariumcomponent vastgesteld. De andere component van de vergoeding voor de behandeling, het zogenoemde kostendeel, is vrij onderhandelbaar tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er geldt met andere woorden géén vaste prijs voor het kostendeel en daarmee ook niet voor de behandeling als geheel. Wel kan aan de hand van de verschillende prijzen die voor deze behandeling in Nederland in rekening worden gebracht, worden vastgesteld dat de kosten die verzoekster heeft betaald *niet hoger* (en zeker niet onredelijk hoog) zijn dan in redelijkheid passend is te achten in de Nederlandse marktomstandigheden.
- Sinds de invoering van het DBC-systeem worden de registratie- en declaratiegegevens van alle Nederlandse ziekenhuizen en andere zorgaanbieders in het DIS (DBC Informatie Systeem) verzameld. Op basis van deze gegevens heeft DBC-Onderhoud gemiddelde prijzen berekend voor DBC-zorgproducten die worden gedeclareerd bij veel voorkomende aandoeningen. Daarin zijn onder andere prijzen opgenomen voor de behandeling van artrose van de heup.
- De kosten die verzoekster heeft gemaakt zijn lager dan het gemiddelde Nederlandse tarief. Het standpunt dat de kosten die verzoekster heeft gemaakt uitkomen boven hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten of dat deze zelfs onredelijk hoog zouden zijn, is dan ook onhoudbaar. Een vergoeding die lager is dan de werkelijke kosten is daarmee evenmin verdedigbaar en evident in strijd met artikel 11 Zvw en artikel 2.2. Bzv.

Verschillende Nederlandse zorgaanbieders die een heupoperatie uitvoeren, hebben passantentarieven op hun website gepubliceerd, behorende bij declaratiecode 15B034. Dit zijn tarieven die bijvoorbeeld aan patiënten met een zuivere restitutiepolis in rekening worden gebracht. Uit een onderzoek van het NRC Handelsblad van december 2013 blijkt dat zorgaanbieders voor een totale heupartroplastiek gemiddeld circa € 10.000,-- in rekening brengen. Dit wordt ondersteund door een publicatie in de Stentor, waarin wordt opgemerkt dat het totale kostendeel voor heupoperaties tussen de € 9.500,-- en € 11.500,-- ligt. Dit bedrag is exclusief het honorariumdeel voor de behandelend specialist.

4.6. Gelet op het voorgaande moet ervan worden uitgegaan dat de ziektekostenverzekeraar zowel op grond van Verordening 883/2004 als artikel 56 VWEU verzoekster toestemming had moeten geven voor het ondergaan van de heupoperatie in België. Bovendien blijkt uit het voorgaande dat de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar vervolgens aan verzoekster had moeten verlenen, een volledige kostenvergoeding betreft. De kosten die verzoekster heeft gemaakt zijn namelijk *niet* onredelijk hoog. Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar op geen enkele manier het tegendeel heeft aangetoond.

4.7. Ter zitting heeft verzoekster in reactie op het advies van het Zorginstituut het volgende verklaard. Het Zorginstituut heeft beoordeeld welke behandeling heeft plaatsgevonden, en heeft op basis van het dossier geconcludeerd dat verzoekster nadere informatie had moeten verstrekken aan de ziektekostenverzekeraar, zodat deze kon beoordelen of de heupoperatie noodzakelijk was. Verzoekster heeft echter al behoorlijk wat informatie overgelegd. Op welke argumenten het advies van het Zorginstituut is gebaseerd, is onduidelijk, want het is een zeer kort stuk. Voorts heeft verzoekster toegelicht dat zij twee keer is geopereerd. Bij de aanvraag voor de eerste ingreep is informatie verstrekt aan de ziektekostenverzekeraar, die voldoende werd bevonden, aangezien vergoeding plaatsvond. De tweede keer vond de ziektekostenverzekeraar dat niet voldoende informatie werd aangeleverd. Hij heeft echter geen wettelijke grondslag om informatie op te vragen bij verzoekster. Verzoekster voert aan dat de medisch specialist heeft gekeken of de behandeling was aangewezen. Het is voorstelbaar dat het soms handig is meer informatie te hebben, maar die hoeft niet altijd te worden gegeven, mede gelet op de Wet bescherming persoonsgegevens (hierna: Wbp). In artikel 16 van deze wet is bepaald dat persoonsgegevens niet mogen worden verwerkt, tenzij hiervoor een duidelijke wettelijke grondslag is. De gegevens mogen wel worden verwerkt met toestemming van de patiënt, maar deze toestemming moet dan wel vrijwillig worden gegeven. Op het moment dat het al dan niet verstrekken van gegevens is gekoppeld aan de vraag of er wel of niet een vergoeding plaats zal vinden, bepaalt de Wbp dat een gegeven toestemming die hierop is gebaseerd, niet vrijwillig heeft plaatsgevonden. Er is in dat geval sprake van een machtsverhouding. Tot slot heeft verzoekster verklaard dat uit de foto van de heupkop blijkt dat deze ernstig versleten was. In de kern geldt dat de huisarts verwijst. Als het was gegaan om een gecontracteerde zorgaanbieder, had de ziektekostenverzekeraar niet willen weten hoe de medisch specialist tot zijn diagnose was gekomen. De ziektekostenverzekeraar moet ervan uitgaan dat de medisch specialist bij de Nederlandse Heupkliniek zich houdt aan de toepasselijke richtlijnen, en niet overgaat tot opereren indien dit niet noodzakelijk is. Uit het standpunt van de ziektekostenverzekeraar proeft verzoekster dat de medisch specialist de behandeling zonder meer heeft uitgevoerd omdat zij dat wilde.

4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat de kosten van zorg worden vergoed als een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op die zorg is aangewezen, en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is.

5.2. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor het plaatsen van heupprothese aan de linkerkzijde, uit te voeren in de Nederlandse Heupkliniek in België. Deze ingreep heeft in juni 2014 plaatsgevonden. Beoordeeld is of aan verzoekster een machtiging kon worden verstrekt.

De ziektekostenverzekeraar heeft zijn beleid ten aanzien van de beoordeling van aanvragen van de Nederlandse Heupkliniek aangescherpt. De medisch adviseur is namelijk van mening dat deze instelling te snel kiest voor het plaatsen van een heupprothese, zonder dat conservatieve behandelingen zijn geprobeerd. De Nederlandse Heupkliniek is bij brief van 7 april 2014 geïnformeerd over het aangescherpte beleid.

Er is bij herhaling informatie bij verzoekster opgevraagd, maar zij heeft deze niet willen geven. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag daarom niet goed kunnen beoordelen. Het operatieverslag is onvoldoende. De ziektekostenverzekeraar heeft zodoende vergoeding van de heupoperatie afgewezen, en dit standpunt wordt gehandhaafd.

Verzoekster is tijdig, dat wil zeggen vóór de behandeling, geïnformeerd. Uit het e-mailbericht van 23 juni 2014 blijkt dat meer informatie nodig was. Op 25 juni 2014 is een brief aan verzoekster gestuurd waarin staat dat de aanvraag niet kan worden beoordeeld. Verzoekster heeft er zelf voor gekozen de behandeling te laten uitvoeren zonder dat zij daarvoor een machtiging van de ziektekostenverzekeraar had. Ook de Nederlandse Heupkliniek is correct en tijdig geïnformeerd over de informatie die voortaan diende te worden verstrekt. Het is spijtig voor verzoekster dat hieraan geen gehoor is gegeven. Verzoekster is door de Nederlandse Heupkliniek blijkbaar niet op de hoogte gebracht van de informatie die de ziektekostenverzekeraar nog wenste te ontvangen. Volgens verzoekster heeft op 27 juni 2014 telefonisch contact met een - bij naam genoemde - medewerker van de afdeling Machtigingen Buitenland plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen telefoongesprek met betrekking tot de onderhavige kwestie op 27 juni 2014 geregistreerd. Daarnaast heeft er geen medewerker met de door verzoekster genoemde naam op de afdeling Machtigingen Buitenland gewerkt. Op basis van de beschikbare informatie concludeert de ziektekostenverzekeraar dan ook dat op 27 juni 2014 geen telefonisch contact is geweest tussen verzoekster en de afdeling Machtigingen Buitenland.

Op 14 juli 2014 heeft wél telefonisch contact met verzoekster plaatsgevonden. Dit was ruim na de ingreep, en verzoekster wist op dat moment dat informatie ontbrak om de aanvraag voor vergoeding te kunnen beoordelen. Hetgeen al dan niet is besproken in dit telefoongesprek heeft zodoende geen financiële gevolgen gehad voor verzoekster.

- 5.3. Eerder is een aanvraag voor een heupoperatie aan de rechterzijde goedgekeurd. Hiervoor is een machtiging aan verzoekster verstrekt, en er is een vergoeding verleend. Verzoekster kan hieraan echter geen rechten ontleen.
- 5.4. Verzoekster is niet expliciet op Verordening 883/2004 geweest, en de ziektekostenverzekeraar heeft niet getoetst of een S2-formulier diende te worden afgegeven. Dit was namelijk niet zinvol, omdat de Nederlandse Heupkliniek geen S2-formulier accepteert. Bovendien was informatie over de behandeling nodig om te kunnen beoordelen of aan verzoekster een S2-formulier diende te worden afgegeven. Deze informatie is, als gezegd, opgevraagd bij verzoekster, maar zij heeft deze niet gegeven. Het is daarom niet mogelijk geweest om te beoordelen of verzoekster, al dan niet via een S2-formulier, toestemming moest krijgen voor de behandeling.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster vóór de ingreep is gevraagd om aanvullende informatie. Verzoekster heeft medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar geen recht heeft op deze informatie. Uit artikel 4 van de zorgverzekering volgt echter dat de noodzakelijke informatie op verzoek moet worden verstrekt. In artikel 5 van de zorgverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar zorgvuldig met privacygevoelige gegevens omgaat. Het kan zijn dat de Wbp bepaalt dat gegevens niet kunnen worden verwerkt, tenzij hiervoor een wettelijke grondslag is. Hier is echter rekening mee gehouden bij het opstellen van de polisvoorwaarden. Niet iedereen die bij de ziektekostenverzekeraar werkzaam is, kan alle gegevens inzien. Medische gegevens mogen bij verzekerden worden opgevraagd. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de verwijzing van de huisarts geen gerichte verwijzing is. De verklaring van de huisarts onderschrijft de indicatie niet. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat, indien de commissie tot het oordeel komt dat verzoekster een indicatie had, voor de ingreep geen volledige vergoeding wordt verleend. De hoogte van de vergoeding is gebaseerd op de gemiddelde kosten. Deze zijn voor de onderhavige ingreep circa € 6.000,--.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

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

“Omschrijving

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

(...)

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. (...)

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

(...)”

8.4. Artikel 1.2 van de zorgverzekering betreft de medische noodzaak, en luidt:

"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 aangevoelen 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, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg."

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

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

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

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EERland of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

(...)

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

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

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)."

8.6. Artikel 1.4 van de zorgverzekering betreft de hoogte van de vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en luidt, voor zover hier van belang:

"Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

Uitzondering:

de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot maximaal 100% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen ons en de betreffende zorgaanbieders:

(...)

-- Medisch specialistische zorg (artikel 14 tot en met 20) die wordt geleverd door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis, en het eventueel medisch noodzakelijke verblijf (artikel 34);
(...)

*U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2014. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.
(...)"*

8.7. De artikelen 1.2, 1.4, 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

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.

8.10. Artikel 20 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. (...)"

8.11. Artikel 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten voor de in het betreffende EU-/EER-land of verdragsland van toepassing zijnde wettelijke bijdragen voor niet-spoedeisende zorg volgens de wettelijke regeling van dat land. Zoals remgelden in België en Selbstbeteiligung of Praxisgebühr in

Duitsland. De vergoeding van die zorg moet plaatsvinden op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of het socialezekerheidsverdrag.

Vergoeding

Zorg voor de Zorg geen

(...)

Zorg voor de Zorg + Extra 3 ten hoogste € 1.000 per kalenderjaar"

8.12. De artikelen 16 en 21 Wbp luiden, voor zover hier van belang:

"Artikel 16

De verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands godsdienst of levensovertuiging, ras, politieke gezindheid, gezondheid, seksuele leven, alsmede persoonsgegevens betreffende het lidmaatschap van een vakvereniging is verboden behoudens het bepaalde in deze paragraaf. Hetzelfde geldt voor strafrechtelijke persoonsgegevens en persoonsgegevens over onrechtmatig of hinderlijk gedrag in verband met een opgelegd verbod naar aanleiding van dat gedrag."

"Artikel 21

1 Het verbod om persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid te verwerken als bedoeld in artikel 16, is niet van toepassing indien de verwerking geschiedt door:

(...)

b. verzekeraars als bedoeld in artikel 1:1 van de Wet op het financieel toezicht en financiële dienstverleners die bemiddelen in verzekeringen als bedoeld in artikel 1:1 van die wet, voorzover dat noodzakelijk is voor:

1°. de beoordeling van het door de verzekeraar te verzekeren risico en de betrokkene geen bezwaar heeft gemaakt; of

2°. de uitvoering van de overeenkomst van verzekering;

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat - België - gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004. Op 19 juni 2014, voorafgaand aan de behandeling, heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 23 juni 2014 op dit verzoek gereageerd. Aan verzoekster is medegedeeld dat aanvullende informatie nodig is om de aanvraag medisch-inhoudelijk te kunnen beoordelen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld de gevraagde informatie niet te zullen aanleveren. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 27 juni 2014 in kennis gesteld van haar besluit de operatie toch doorgang te laten vinden. Op 30 juni 2014 heeft de ingreep plaatsgevonden.

De commissie is van oordeel dat, aangezien geen sprake was van een complete aanvraag, het verzoek om toestemming als bedoeld in artikel 20 Vo. nr. 883/2004 niet kon worden beoordeeld, en de toestemming derhalve terecht door de ziektekostenverzekeraar is geweigerd. Dit betekent tevens dat, waar het gaat om de hoogte van de vergoeding, aan het door verzoekster aangehaalde artikel 26 lid 7 Vo. nr. 987/2009 niet wordt toegekomen.

9.2. De vraag die vervolgens aan de orde dient te komen is of verzoekster, gelet op artikel 9 van de zorgverzekering, op basis van de verzekeringsvoorwaarden aanspraak heeft op gehele dan wel gedeeltelijke vergoeding van de kosten ten bedrage van € 9.463,70. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de heupoperatie afgewezen. Ook in dit geval op de grond dat de aanvraag onvoldoende informatie bevat om tot een medisch-inhoudelijke beoordeling te komen. Volgens de ziektekostenverzekeraar moet bij gebrek aan andere informatie worden aangenomen dat een (verzekerings)indicatie ontbreekt. Daarnaast zou de behandeling

niet doelmatig en doeltreffend zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar artikel 1.2 van de zorgverzekering. Verzoekster heeft een en ander bestreden. Het geschil spitst zich zodoende toe op de vraag of verzoekster naar inhoud en omvang redelijkerwijs was aangewezen op de onderhavige zorgvorm, en of deze zorgvorm doelmatig en doeltreffend was.

- 9.3. In dat verband dient te worden nagegaan of verzoekster een (verzekerings)indicatie had voor de heupoperatie aan de linkerkant. Door verzoekster is gesteld dat bij haar sprake was van coxarthrose (slijtage van de heup). Er was zodoende volgens haar een (verzekerings)indicatie voor de behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de aanvraag en de onderliggende bescheiden standaard zijn; deze zijn niet toegespitst op de situatie van verzoekster en onvoldoende gemotiveerd. Tevens is de (medisch adviseur van de) ziektekostenverzekeraar van mening dat de betreffende zorgverlener (orthopedisch chirurg van de Nederlandse Heupkliniek) te snel overgaat tot operatief ingrijpen, dat wil zeggen zonder dat eerst conservatieve behandelingen zijn geprobeerd. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 8 februari 2016 geconcludeerd dat niet aannemelijk is gemaakt dat verzoekster een (verzekerings)indicatie voor de uitgevoerde heupoperatie had. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Hieruit volgt dat de kosten van de behandeling niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed. Aan de beoordeling of de behandeling al dan niet doelmatig is, wordt - nu een (verzekerings)indicatie ontbreekt - niet toegekomen.
- 9.4. Het beroep van verzoekster op artikel 56 VWEU slaagt niet. Dit artikel bevat het verbod op beperking van het vrije verkeer van diensten. Aangezien geen sprake is van een (verzekerings)indicatie, en om die reden geen aanspraak bestaat op vergoeding van de zorg ten laste van de zorgverzekering, kan niet worden gesproken van een beperking - door de ziektekostenverzekeraar - van het vrije verkeer van diensten als bedoeld in artikel 56 VWEU, en behoeft deze stelling geen verdere bespreking. Aan de stellingen van verzoekster ten aanzien van de hoogte van de vergoeding wordt, eveneens vanwege het ontbreken van een (verzekerings)indicatie, niet toegekomen.

Privacy

- 9.5. Verzoekster heeft niet alleen gesteld dat alle voor de beoordeling van haar aanvraag noodzakelijke informatie is verstrekt - hetgeen, zoals hiervoor is vastgesteld, niet het geval is - maar tevens dat een wettelijke grondslag ontbreekt op basis waarvan de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is (medisch inhoudelijke) informatie bij haar op te vragen. Daarbij is door haar een beroep gedaan op de Wbp. Volgens verzoekster dient te worden uitgegaan van het deskundige oordeel van de behandelend medisch specialist, die heeft verklaard dat de heupoperatie was aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen gesteld dat uit artikel 4 van de zorgverzekering volgt dat de noodzakelijke informatie op verzoek moet worden verstrekt. Bij het opstellen van de polisvoorwaarden is volgens hem rekening gehouden met de Wbp. Medische gegevens mogen volgens de zorgverzekeraar bij verzekerden worden opgevraagd, en met deze gegevens wordt zorgvuldig omgegaan. De commissie merkt met betrekking hiertoe op dat het beroep van verzoekster op artikel 16 Wbp niet slaagt. In artikel 16 Wbp is bepaald dat de verwerking van persoonsgegevens betreffende onder meer iemands gezondheid verboden is, behoudens het bepaalde in de betreffende paragraaf. In artikel 21 Wbp is een uitzondering op het verbod opgenomen. Dit verbod is, kort gezegd, niet van toepassing indien de verwerking geschiedt door een verzekeraar, voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. Aangezien verzoekster wordt bijgestaan door een professionele rechtshulpverlener (advocaat) had zij met deze uitzondering bekend kunnen zijn. De commissie ziet om die reden geen grond verzoekster alsnog in de gelegenheid te stellen de gevraagde (medisch inhoudelijke) informatie over te leggen. Daarbij heeft te gelden dat de wetgever het aan de ziektekostenverzekeraar heeft gelaten niet alleen de (verzekerings)indicatie, maar ook de doelmatigheid te beoordelen en mocht hij - tegen die achtergrond - de betreffende informatie in redelijkheid van verzoekster verlangen. De ziektekostenverzekeraar was - anders dan verzoekster kennelijk meent - niet gehouden hierbij blind te varen op het oordeel van de

behandelend medisch specialist. Deze laatste stelt immers alleen de medische indicatie en beoordeelt niet de doelmatigheid.

Indien verzoekster besluit de gevraagde informatie alsnog aan de ziektekostenverzekeraar te sturen, ligt het op de weg van de ziektekostenverzekeraar met inachtneming hiervan een nieuwe beslissing te nemen, doch die beslissing valt buiten het bestek van de onderhavige procedure.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor niet-spoedeisende zorg in een andere EU-/EER-lidstaat. De vergoeding van die zorg dient plaats te vinden conform de Europese wetgeving. Aangezien hiervoor is geconcludeerd dat de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 terecht is geweigerd, is geen sprake van een wettelijke eigen bijdrage als bedoeld in artikel 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Een vergoeding hiervoor ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is dan ook niet aan de orde.

Eerdere vergoeding

- 9.7. Verzoekster heeft nog gesteld dat de ziektekostenverzekeraar eerder wèl een vergoeding heeft verleend voor een heupoperatie aan de rechterzijde, die eveneens heeft plaatsgevonden bij de Nederlandse Heupkliniek in België. De aanvraag en de behandelmethodes zijn identiek. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader verklaard dat hij zijn beleid ten aanzien van aanvragen voor een behandeling bij de Nederlandse Heupkliniek heeft aangescherpt. Dit is aan de (orthopedisch chirurg van de) Nederlandse Heupkliniek medegedeeld. De eerdere vergoeding is door de ziektekostenverzekeraar erkend. Daarbij is door hem opgemerkt dat verzoekster hieraan geen rechten kan ontleen. De commissie is van oordeel dat de onderhavige aanvraag op zichzelf staat en op zijn eigen merites dient te worden beoordeeld. Of de medische situatie inderdaad identiek is, en derhalve ook voor de operatie aan de rechterzijde geen (verzekerings)indicatie bestond, staat geenszins vast. Ook indien dit wel het geval zou zijn, staat het de ziektekostenverzekeraar vrij een aangescherpt beleid te voeren ten aanzien van ingediende aanvragen, met name indien twijfels bestaan met betrekking tot de indicatiestelling en/of doelmatigheid van een behandeling. Dat eerder kosten wèl zijn vergoed kan daarom niet bepalend zijn bij de beoordeling van latere aanvragen. 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, 11 mei 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester