

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, gastric bypass, indicatiestelling
Zaaknummer : 2012.01908
Zittingsdatum : 10 oktober 2012

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een gastric bypass, uitgevoerd in het Jessa Ziekenhuis te Hasselt, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 maart 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 mei 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 6 juli 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 augustus 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 september 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorg-

verzekeraar heeft op 2 oktober 2012 per e-mailbericht medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.7. Bij brief van 28 augustus 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 september 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012100488) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat sprake is (geweest) van een adequaat voor- en natraject en verzoeker een indicatie heeft voor de ondergane behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker is op 10 oktober 2012 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft, in vervolg op een ter zitting gemaakte afspraak, de commissie per e-mailbericht het tarief voor een gastric bypass doorgegeven. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Bij brief van 11 oktober 2012 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de nagekomen correspondentie gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 16 oktober 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker kampt al het grootste deel van zijn leven met overgewicht. Hij heeft diverse afvalpogingen ondernomen, waarvan één zeer succesvol was. Het is verzoeker echter niet gelukt een blijvend resultaat te behalen. Verzoeker heeft zich daarom georiënteerd op een bariatrische ingreep. Hij heeft zich hiervoor zowel tot het AZM te Maastricht als het Jessa Ziekenhuis te Hasselt gewend. Het AZM heeft een zogenoemde 'sleeve'-operatie voorgesteld en het Jessa Ziekenhuis een gastric bypass. De ingrepen zijn vergelijkbaar, maar de resultaten van de gastric bypass zijn beter. Een bevriende chirurg, die is gepromoveerd op behandelingen bij morbide obesitas, heeft verzoeker verzekerd dat de gastric bypass de meest effectieve ingreep is. Verzoeker heeft daarom gekozen voor de behandeling in Hasselt. Bovendien zijn in Hasselt de wachttijden voor de ingreep veel korter dan in Maastricht en heeft verzoeker meer vertrouwen in de artsen aldaar.
- 4.2. De (multidisciplinaire) bariatrische indicatiestelling heeft plaatsgevonden in het Obesitas Centrum van het Jessa Ziekenhuis te Hasselt. Nadat alle onderzoeken waren uitgevoerd, is een positief advies gegeven voor de ingreep. Verzoeker heeft daarom op 28 november 2011, na telefonisch overleg met een medewerker van de zorgverzekeraar, een aanvraag voor deze ingreep ingediend bij de zorgverzekeraar.
- 4.3. Op 10 januari 2012 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

- 4.4. Nadat verzoeker op 13 januari 2012 had gebeld over het uitblijven van een beslissing, bleek dat hij in november 2011 een verkeerd adres had doorgekregen voor het insturen van de aanvraag voor de ingreep. Verzoeker heeft daarom dezelfde dag nogmaals de aanvraag naar de zorgverzekeraar gezonden. De zorgverzekeraar heeft hierop gereageerd door verzoeker op 18 januari 2012 een brief te sturen waarin hij wordt verzocht voor de 'screening' contact op te nemen met Ra-Medical of de Nederlandse Obesitas Kliniek. Verzoeker heeft hierop een klacht had bij de zorgverzekeraar, aangezien deze zijn brief van 13 januari 2012 niet goed heeft gelezen. De zorgverzekeraar heeft vervolgens, bij brief van 2 maart 2012, de aanvraag afgewezen, onder vermelding van een viertal voorwaarden waaraan door verzoeker niet is voldaan. Hierbij is echter niet vermeld aan welke specifieke voorwaarde(n) verzoeker niet voldoet of waarom hij hieraan niet zou voldoen. Verzoeker meent dat hij aan alle vier de genoemde voorwaarden voldoet. In de heroverweging van 23 mei 2012 wordt als enige reden voor de afwijzing genoemd het feit dat de 'screening' niet is verricht door Ra-Medical of de Nederlandse Obesitas Kliniek.
- 4.5. De ingreep heeft het gewenste resultaat gehad. Verzoeker is inmiddels 40 kg afgevalen. Na de ingreep is hij op vooraf vastgestelde momenten op controle geweest bij de behandelend arts. Geregeld bloedonderzoek maakt deel uit van de nacontrole. Daarnaast heeft verzoeker vlak na de ingreep enkele consulten bij de diëtiste gehad, maar het ging zo goed met hem dat toen is besloten deze op te schorten tot de gewichtsafname zou stagneren. Inmiddels is verzoeker opnieuw onder begeleiding van de diëtiste om de laatste 10 kg eraf te krijgen.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij het eens is met het CVZ-advies. Er is sprake van verantwoorde medische zorg die voor vergoeding in aanmerking komt, ongeacht of deze in Nederland of een ander EU-land wordt verleend. De aanvraag is in eerste instantie op 28 november 2011 naar een verkeerd adres gezonden. Dit adres werd doorgegeven door een medewerker van de zorgverzekeraar. Later bleek dat het wel een adres was van de zorgverzekeraar, maar van de verkeerde afdeling.
- 4.7. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar gevraagd of de eventuele vergoeding wordt gebaseerd op het gemiddelde van het Nederlandse of het Europese tarief. En of dan sprake is van 80 of 100 percent vergoeding van dit tarief.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar heeft uit kwaliteitsoverwegingen ervoor gekozen de kosten van bariatrische chirurgie alleen te vergoeden als de 'screening' is verricht door Ra-Medical of de Nederlandse Obesitas Kliniek. Daarom heeft hij verzoeker bij brief van 18 januari 2012 geadviseerd contact op te nemen met één van deze zorgverleners. De ingreep was op dat moment echter al uitgevoerd, waardoor voornoemde 'screening' niet meer mogelijk was. De kosten van de onderhavige ingreep komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. Op 5 augustus 2011 heeft de moeder van verzoeker contact opgenomen met de afdeling wachtlijstbemiddeling van de zorgverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft zij aangegeven dat verzekerde reeds was gestart met een traject voor maagverkleining

in het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) en bij het Obesitascentrum in het Jessa Ziekenhuis te Hasselt. De zorgverzekeraar heeft de moeder van verzoeker verteld dat het Jessa Ziekenhuis door hem niet is gecontracteerd en dat een behandeling aldaar niet zal worden vergoed. De zorgverzekeraar heeft de optie geboden de behandeling te laten plaatsvinden in de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK) te Eindhoven. De wachttijd in het AZM en de NOK waren echter beide ongeveer een half jaar. Aangezien het AZM dichterbij was voor verzoeker, heeft de zorgverzekeraar zijn moeder geadviseerd de behandeling toch in het AZM te laten plaatsvinden. Het is vreemd dat verzoeker in november 2011 een aanvraag indient voor een maagverkleining in het Jessa Ziekenhuis, terwijl in augustus 2011 aan zijn moeder is medege-deeld dat de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft met dit ziekenhuis. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag van november 2011 niet ontvangen.

- 5.3. Verzoeker was reeds gestart met een traject voor een maagverkleining. Daarom is het aannemelijk dat hij ervan op de hoogte was dat eerst een screening moest plaatsvinden om te beoordelen of hij in aanmerking komt voor een maagverkleining.
- 5.4. De zorgverzekeraar werkt met ingang van 1 januari 2012 met Zorgkostenplafonds per ziekenhuis. Hierbij wordt een bepaald budget afgesproken met het ziekenhuis en is het ziekenhuis "redelijk vrij om voor de uitgevoerde en aangeboden behandelingen een eigen tarief te hanteren". Het is daarom sindsdien niet meer mogelijk een gemiddeld gecontracteerde tarief te noemen voor een maagverkleining.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de 'screening' is uitbesteed aan Ra-Medical en de NOK. Volgens het CVZ mag de zorgverzekeraar dergelijke eisen stellen. Het antwoordnummer waarnaar verzoeker in november 2011 zijn aanvraag heeft gezonden is correct, maar de gebruikte postcode is dit niet. Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar verklaard dat in 2011 een gastric bypass onder het A-segment viel en dat het tarief hiervoor toen € 9.812,74 bedroeg.
- 5.6. Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar ter zitting verklaard dat bij een eventuele vergoeding wordt uitgegaan van het gemiddelde van het Nederlandse tarief en dat 100 percent van dit tarief wordt vergoed tot maximaal de werkelijke kosten.
- 5.7. Kort na de zitting heeft de zorgverzekeraar de commissie per e-mailbericht medege-deeld dat het tarief voor een gastric bypass in januari 2012 € 9.812,74 bedroeg op basis van DBC 03110003420203.
- 5.8. De zorgverzekeraar 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 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door hem te Hasselt ondergane gastric bypass ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

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

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

8.3. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden als de verzekerde redelijkerwijs naar inhoud en omvang op de zorgvorm is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is.

8.4. Artikel 1.4 van de zorgverzekering, dat de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder regelt, luidt, voor zover hier van belang:

“Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2012, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. (...)”

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

*“9.1 U woont of verblijft in een ander EU-/EERland of verdragsland dan Nederland
Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:
- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)”*

8.6. De artikelen 1.2, 1.4, 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 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. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.8. 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 zorgverzekeraar 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.
- 8.9. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
 2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Op grond van EG-Verordening 883/2004 kan een verzekerde, voorafgaand aan de geplande behandeling in een andere lidstaat, bij het bevoegde orgaan om een S2-formulier verzoeken. Indien toestemming wordt geweigerd, kan achteraf worden getoetst of deze op juiste gronden is onthouden. Een dergelijke toetsing hoeft op grond van het arrest Stamatelaki (HvJ EG 19 april 2007, zaak C-444/05) niet plaats te vinden indien het bevoegde orgaan geen voorafgaande toestemming is gevraagd.
- 9.2. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar op 28 november 2011 verzocht om toestemming voor een maagverkleining. Verzoeker heeft hierbij de informatie inzake de multidisciplinaire bariatrische indicatiestelling van het Obesitas Centrum van het Jessa Ziekenhuis te Hasselt overgelegd. Achteraf is gebleken dat deze aanvraag verkeerd was

geadresseerd. Het gebruikte antwoordnummer is weliswaar van de zorgverzekeraar, maar van een andere afdeling dan waar de aanvraag naartoe gestuurd had moeten worden, en daarnaast was de vermelde postcode onjuist.

- 9.3. Aangezien de aanvraag niet voorafgaand aan de ingreep door de zorgverzekeraar is ontvangen, waarbij in het midden kan blijven wat daarvan de oorzaak is, blijft toetsing aan Vo 883/2004 achterwege. Op grond van artikel 56 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (EG), thans Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU), dient in een situatie als de onderhavige aan de voorwaarden van de zorgverzekering te worden getoetst.
- 9.4. Zoals door de commissie in een eerder bindend advies (zie ook GcZ, 17 december 2008, 2008.01557) is overwogen, zijn met betrekking tot obesitas door de National Institute of Health (NIH) consensus conference 1991 (Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity, NIH Consensus Statement Online 1991) criteria vastgesteld om in aanmerking te komen voor een gastric bypass. In de paragraaf *“What are the surgical treatments and criteria for selection”*, wordt opgemerkt: *“patients whose BMI exceeds 40 are potential candidates for surgery (...). In certain instances less severely obese patients (with BMI’s between 35 and 40) also may be considered for surgery. Included in this category are patients with high-risk comorbid conditions such as life-threatening cardiopulmonary problems, severe sleep apnea, Pickwickian syndrome and obesity-related cardiomyopathy or severe diabetes mellitus (...).”* In de aangehaalde paragraaf van de NIH wordt verklaard waarom patiënten met een BMI van meer dan 40 potentiële kandidaten zijn voor een gastric bypass. Ook patiënten die een BMI van tussen de 35 en 40 hebben met ernstige comorbiditeiten komen in aanmerking voor de operatie. Een multidisciplinair voor- en natraject is een nadere voorwaarde.
- 9.5. Naar uit de verklaring van de behandelend arts blijkt, had verzoeker ten tijde van de behandeling een BMI van 40 en behoorde hij derhalve tot de categorie van patiënten met morbide obesitas, die in beginsel voor de ingreep in aanmerking komen. In het Jessa Ziekenhuis te Hasselt heeft een multidisciplinaire indicatiestelling plaatsgevonden.
- 9.6. De zorgverzekeraar heeft zich erop beroepen dat de indicatiestelling niet is verricht door één van de twee door hem aangewezen Nederlandse zorgverleners. De commissie is niet gebleken dat voor verzoeker vooraf kenbaar was of kon zijn dat de indicatiestelling alleen door één van deze zorgverleners mocht worden uitgevoerd, zodat dit hem niet kan worden tegengeworpen.
- 9.7. De zorgverzekeraar heeft zich in de procedure niet erop beroepen dat een multidisciplinair natraject ontbreekt, zodat dit punt niet in geschil is.
- 9.8. Het Jessa Ziekenhuis te Hasselt is niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd. Verzoeker heeft daarom, op grond van artikel 1.4 van de zorgverzekering, aanspraak op vergoeding van 80 percent van het gemiddelde tarief voor 2012, zoals de zorgverzekeraar voor deze ingreep met de gecontracteerde zorgaanbieders is overeengekomen dan wel het geldende Wmg-tarief. Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar de commissie in zijn brief van 27 augustus 2012 medegedeeld dat met ingang van 1 januari 2012 geen gebruik meer wordt gemaakt van A-DBC's en B-DBC's, doch ver-

goeding van zorg uitsluitend nog plaatsvindt op basis van zogenoemde Zorgkostenplafonds per ziekenhuis.

- 9.9. Uit Bijlage 2 van beleidsregel CI-1119 van de NZa blijkt dat de onderhavige behandeling op grond van een B-DBC kan worden gedeclareerd. Ook uit het vergoedingenoverzicht van niet-gecontracteerde zorgverleners van de zorgverzekeraar maakt de commissie op dat het gaat om een DBC uit het B-segment. Uit dit vergoedingenoverzicht, met name Bijlage 1, blijkt voorts dat de zorgverzekeraar (nog) niet in staat is de geldende tarieven te produceren, omdat de onderhandelingen met de zorgaanbieders over 2012 nog lopen. In vervolg op de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar de commissie op 10 oktober 2012 medegedeeld dat het DBC-tarief voor een gastric bypass in 2012 € 9.812,74 bedraagt op basis van DBC 03110003420203. De commissie constateert dat dit hetzelfde bedrag is als het Wmg-tarief dat in 2011 voor een gastric bypass was vastgesteld. Ook de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code hoort bij de DBC zoals deze in 2011 gold. Hoewel op basis van voornoemd artikel 1.4 het voor 2012 toepasselijke tarief dient te worden toegepast, zal de commissie niet treden in de juistheid van het door de zorgverzekeraar genoemde tarief, aangezien dit tarief reeds hoger is dan de voor de onderhavige ingreep gefactureerde kosten en de zorgverzekeraar ter zitting heeft toegezegd uit te zullen gaan van maximaal 100 procent van dit tarief.
- 9.10. Gezien voornoemde toezegging heeft verzoeker aanspraak op een vergoeding van € 6.227,88 voor de op 10 januari 2012 te Hasselt uitgevoerde gastric bypass.

Conclusie

- 9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, zoals bepaald in 9.10.
- 9.12. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 31 oktober 2012,

Voorzitter