



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, onderzoeken in verband met spondylolisthesis en
verdenking op coxarthrose rechts, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201502007
Zittingsdatum : 22 februari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

N.V. Univé Zorg 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 basis van de Univé Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Univé Extra Zorgpolis Best afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Univé Tand Beter Pakket 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 onderzoeken in verband met spondylolisthesis en verdenking op coxarthrose rechts, uitgevoerd te Meppen, Duitsland (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft een deel van de nota's vergoed. Bij brief van 2 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de maximale vergoeding voor alle onderzoeken tezamen € 503,34 bedraagt. Dit betekent dat twee bedragen - van € 143,57 en € 1.015,17 - niet worden vergoed.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een tarifieringsverzoek in te dienen bij het Duitse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering. De uitkomst van de tarifiering is dat in Duitsland een vergoeding geldt van € 642,42. Dit heeft geleid tot een nabetaling aan verzoekster van € 139,08.

3.4. Bij brief van 13 september 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, dan wel tot een hoger bedrag dan € 642,42 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 8 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 december 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 9 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 24 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016137091) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, gedeeltelijk toe te wijzen op de grond dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcode enkel ziet op de klachten van de wervelkolom, en niet op die van de heup en de schouder. Daarnaast lijkt deze te beperkt te zijn voor de consultaties en verrichtingen (waaronder de skeletscintigrafie) die zijn uitgevoerd. De DBC-zorgproducten 1311999172 en 131999178 zijn in deze situatie passend. Dit dient te leiden tot een nabetaling van € 450,60. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 31 januari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar gevraagd bij het Duitse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering een nieuwe tarifieringsverzoek in te dienen, met gebruikmaking van het juiste formulier en met vermelding van de juiste status van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 8 mei 2017 over de uitkomst van de tarifiering bericht. Een afschrift van deze reactie is op 15 mei 2017 aan verzoekster gezonden waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 18 mei 2017 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. Bij brief van 22 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting alsmede van de uitkomst van de tarifiering en van de reactie van verzoekster hierop 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 24 mei 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken 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 huisarts heeft verzoekster bij brief van 20 april 2015 verwezen naar de arts in Meppen, en hierbij verklaard: *"Pijn nek, schouders, heupen en bekken. Ook problemen (...) rug. Is bang dat ze problemen heeft (...) net als dochter en kleindochter. Deze zijn ook bij u in behandeling geweest (...)"*.
- 4.2. Verzoekster kampt met pijnklachten en bewegingsproblemen in diverse lichaamsdelen. Na het eerste consult in Meppen werd de diagnose uitgebreide slijtageproblematiek met vergevorderde spondylolisthese gesteld. Verder was er stijfheid in een arm. De Duitse arts besloot hierop buiten zijn praktijk scans te laten maken.

Verzoekster heeft voorafgaand aan de onderzoeken aan de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Voorts heeft zij gevraagd hoe een en ander in zijn werk gaat. Van de medewerker van de ziektekostenverzekeraar kreeg zij een verkeerd formulier mee. Verder ontving zij de mededeling dat vooraf een aanvraag moest worden ingediend met een behandelplan. In Duitsland maakt men hiervoor een zogenoemde 'Kostenvoranschlag'. Alle verwijsbrieven en dergelijke waren beschikbaar, en verzoekster heeft alle documenten naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Pas zeer laat kreeg verzoekster hierop van de ziektekostenverzekeraar een reactie. Wederom werd gevraagd om aanvullende informatie. Verzoekster beschikt echter niet over meer informatie.

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk toegelicht dat een vergoeding mogelijk is van maximaal € 503,34. In eerste instantie is hierbij niet medegedeeld van welk DBC-zorgproduct werd uitgegaan. Pas ten tijde van de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen is hierin duidelijkheid gekomen. Voor het uitsluiten van een coxarthrose is altijd een CT-scan nodig en voor een spondylolisthese een MRI-scan. Beide zijn in Duitsland goedkoper dan in Nederland, zodat verzoekster niet begrijpt hoe de ziektekostenverzekeraar is uitgekomen bij een vergoeding van € 503,34.

4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens door middel van een E126-formulier een tarifieringsverzoek ingediend bij het Duitse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering. Hij heeft op het formulier echter vermeld dat verzoekster een "werknemer" is. Dit is niet juist, omdat verzoekster al jaren een AOW-uitkering ontvangt. Op het formulier had daarom moeten worden ingevuld dat verzoekster "werkloos" is. De uitkomst van de tarifiering is daarom mogelijk niet correct.

4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij volgens het Zorginstituut voor 100% is verzekerd, ook in het buitenland. Tevens moet volgens de Europese normen worden vergoed. Er is een rekening van € 1.015,17 niet volledig betaald. Verzoekster ontving ter zake € 139,08 en stelt nog € 876,09 tegoed te hebben. Verzoekster heeft tien jaar in Duitsland gewoond. Zij weet daarom dat niet-werkenden niet hoeven bij te betalen voor zorg. Overigens liggen de tarieven in Duitsland lager dan in Nederland. Zo nodig wil verzoekster zich kunnen wenden tot Duitse zorgaanbieders. Het is voor haar een principekwestie.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft van verzoekster vijf nota's ontvangen. De eerste drie nota's zijn volledig vergoed, en deels ten laste gebracht van het verplicht eigen risico. Van de nota ter grootte van € 308,46 is een bedrag vergoed van € 164,89, zodat € 143,57 voor rekening van verzoekster blijft. De vijfde nota - van € 1.015,17 - is aanvankelijk niet vergoed. Dat een gedeeltelijke vergoeding van kosten is verleend, is erin gelegen dat het maximaal te vergoeden bedrag was bereikt. Deze vergoeding is gebaseerd op het DBC-zorgproduct 131999178, welk product een tarief kent van € 503,34. Op basis van de ontvangen nota's heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar beoordeeld dat dit DBC-zorgproduct het meest passend is.

5.2. Op verzoek van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar een tarifieringsverzoek ingediend bij het Duitse orgaan van de sociale ziektekostenverzekering. De uitkomst hiervan is dat in Duitsland voor de onderhavige zorg een vergoeding geldt van € 642,42. Het verschil (€ 642,42 - € 503,34) is aan verzoekster nabetaald. Verzoekster heeft aangevoerd dat op het E126-formulier had moeten worden vermeld dat zij "werkloos" is, en geen "werknemer". De ziektekostenverzekeraar erkent weliswaar dat hierbij een vergissing is gemaakt, maar stelt dat het juist invullen van het formulier niet had geleid tot een andere uitkomst.

- 5.3. Verzoekster heeft voorafgaand aan de onderzoeken toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. De communicatie over de aanvraag en de benodigde informatie heeft zeker te wensen overgelaten, en hiervoor biedt de ziektekostenverzekeraar haar zijn excuses aan.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het gaat om de behandeling van rugklachten in Duitsland. In geval van overnachting is hiervoor voorafgaande toestemming vereist. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat het prettig is van tevoren inzicht te hebben in de vergoeding, maar dit is niet altijd mogelijk. Aanvankelijk is een bedrag vergoed. Hierna is getarifeerd en volgde een nabetaaling. Inmiddels ligt er het voorlopig advies van het Zorginstituut, dat door de ziektekostenverzekeraar anders wordt geïnterpreteerd dan door verzoekster. Er is € 642,42 betaald, en volgens het advies moet € 450,60 worden nabetaald. De medisch adviseur verschilt hierover van inzicht met het Zorginstituut, maar laatstgenoemd bedrag zal desalniettemin worden overgemaakt. De ziektekostenverzekeraar tekent nog aan dat uit de tarifieringsuitkomst blijkt dat ook in Duitsland niet alles zou zijn vergoed. Mogelijk is het verkeerde formulier gebruikt voor de tarifiering. De ziektekostenverzekeraar zal dit nagaan. Hij maakt verder nog melding van een verrekening met het openstaande eigen risico, waardoor de feitelijke uitkering lager is, en na correctie blijft. Het na te betalen bedrag zal aan verzoekster worden overgemaakt. Voor het tarifieren moet rekening worden gehouden met enige vertraging.
- 5.5. Bij e-mailbericht van 8 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard een nieuw tarifieringsverzoek te hebben ingediend met daarop de vermelding dat verzoekster "werkloos" is. Uit de tarifiering is naar voren gekomen dat verzoekster van de ingediende nota's een bedrag van € 385,61 vergoed zou hebben gekregen.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek, voor zover het gaat om het na correctie resterende deel, 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 € 642,42 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"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. (...)"

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

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

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

- 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;
- 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, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. (...)"

- 8.5. Artikel 1.5 van de zorgverzekering luidt:

"Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs."

- 8.6. De artikelen 1.5, 9 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

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

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 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 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.

8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster geen S2-formulier verstrekt. Naar aanleiding van een vraag van de Ombudsman Zorgverzekeringen hierover heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat bedoeld formulier ten onrechte niet aan verzoekster is afgegeven. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar achteraf een tarifieringsverzoek ingediend bij het Duitse orgaan van de sociale ziektekostenverzekering. De uitkomst van deze eerste tarifiering is dat in Duitsland aanspraak bestaat op een vergoeding van € 642,42. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster vergoed.

9.2. Verzoekster heeft in de onderhavige procedure aangevoerd dat door de ziektekostenverzekeraar een onjuiste vermelding is gemaakt op het E126-formulier. Hier had namelijk niet "werknemer" maar "werkloos" moeten staan. Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar daarom bij het Duitse orgaan van de sociale ziektekostenverzekering een nieuw tarifieringsverzoek gedaan waarop verzoekster niet is aangeduid als "werknemer" maar als "werkloos". De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 8 mei 2017 medegedeeld dat uit deze tweede tarifiering naar voren is gekomen dat verzoekster van de ingediende nota's een bedrag van € 385,61 vergoed zou hebben gekregen, hetgeen minder is dan het uitgekeerde bedrag van € 642,42.

Rest de vraag naar de juistheid van de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar ten laste van de zorgverzekering heeft vastgesteld, aangezien op grond van de zorgverzekering mogelijk aanspraak bestaat op aanvulling tot het Nederlands tarief.

9.3. De ziektekostenverzekeraar is hierbij uitgegaan van DBC-zorgproductcode 131999178 met als omschrijving: *"Wervelkolom (excl HNP) | Beeldvorming | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma (...) Beeldvormend onderzoek (röntgen of echo of CT-scan of MRI) bij een ziekte van botspierstelsel van de wervelkolom"*. Het betreft een DBC-zorgproduct uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem in het kader van zijn naturaverzekeringen gecontracteerde zorgaanbieders. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders vanaf 1 juli 2015' is het gecontracteerde tarief voor dit DBC-zorgproduct € 402,67. Dit betreft volgens de lijst 80% van het totaal, zodat het volledige gecontracteerde tarief afgerond € 503,34 bedraagt, het bedrag dat in

eerste instantie - voordat werd getarifeerd - door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster is vergoed.

Gelet op het advies van het Zorginstituut van 24 januari 2017 is de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcode echter niet de meest passende in deze situatie. De DBC-zorgproducten 13199172 met een bijbehorend tarief van € 503,34 en 131999178 met een bijbehorend tarief van € 589,68 zijn volgens het Zorginstituut in deze situatie passend. De totale vergoeding komt hiermee op € 1.093,02. Aangezien in het kader van de tarifiering een bedrag van € 642,42 aan verzoekster is vergoed, dient dit te leiden tot een nabetaling van € 450,60, welke overigens reeds door de ziektekostenverzekeraar is toegezegd.

Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige kosten, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, is de ziektekostenverzekeraar gehouden 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 9.3. Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.

Zeist, 31 mei 2017,

P.J.J. Vonk