

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, in zijn hoedanigheid van erfgenaam van de heer C, tegen D en E beide te F
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, laparoscopische RPLND, thoracotomie, metastasectomie longen beiderzijds
Zaaknummer : 2012.02345
Zittingsdatum : 9 oktober 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van erfgenaam van de heer C, hierna te noemen: de zoon,

tegen

1) D te F, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar,

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was de zoon bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [merknaam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van de zoon bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [merknaam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de kosten van geneeskundige behandelingen ten behoeve van zijn zoon uitgevoerd in diverse plaatsen in Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 10 mei 2011 en 14 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor de retroperitoneal lymph node dissection (hierna: RPLND) € 5.556,58 wordt vergoed, en dat voor de thoracotomie en metastasectomie van beide longen een S2-formulier wordt afgegeven.

3.2. Ter zake van de thoracotomie en metastasectomie van beide longen is door het Duitse uitvoeringsorgaan € 5.945,88 berekend, welk bedrag uiteindelijk door de ziektekostenverzekeraar is betaald.

3.3. Verzoeker heeft meermalen aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brieven van 7 februari 2012, 8 maart 2012, 13 juli 2012 en 4 september 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten ter zake van de RPLND een nabetaaling te doen ten bedrage van € 1.065,58.
- 3.5. Bij brief van 7 juni 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 augustus 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 augustus 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 augustus 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 8 augustus 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 september 2013 (zaaknummer 2013093242) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat andere dan de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC's beter passen bij de uitgevoerde ingrepen. Voor een laparoscopische retroperitoneale lymfeklierdissectie is DBC 0303110003490303 of 0303110003590303 beter passend. Voor een dubbelzijdige longmetastasectomie is DBC 0303110003130403 beter passend. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 19 september 2013 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 oktober 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie desgevraagd bij e-mailbericht van 16 oktober 2013 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Verzoeker heeft op 22 oktober 2013 gereageerd op het onder 3.11 genoemde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.
- 3.13. Bij brief van 23 oktober 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 30 oktober 2013 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. De zoon van verzoeker is door de behandelend oncoloog voor behandeling verwezen naar verschillende klinieken in Duitsland. Dit was verzoeker door diverse specialisten aanbevolen, gelet op de ernstige gezondheidssituatie van zijn zoon destijds.
- 4.2. De Duitse klinieken onderscheiden zich door hun behandelmethoden, die in Europa innovatief en uniek zijn. Om financiële verrassingen achteraf te voorkomen, heeft verzoeker voorafgaand aan de behandelingen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De contacten verliepen aanvankelijk telefonisch, doch vanaf 6 mei 2011 via e-mail. Verzoeker heeft alle stappen in het behandeltraject afgestemd met de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Op 12 mei 2011 is een laparoscopische RPLND uitgevoerd in de SLK Klinik Heilbronn. Voorts hebben op 31 mei en 29 juni 2011 longmetastase behandelingen plaatsgevonden, gevolgd door herstelbehandelingen op 8, 11 en 19 juli 2011, alle in de SLK Klinik Löwenstein.
- 4.4. Bij brief van 1 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar een E112-formulier afgegeven voor de behandelingen in de SLK Klinik Löwenstein. Hierin werd niet gerept over een beperking van de vergoeding, anders dan eventuele meerkosten verband houdend met een hogere verpleegklasse die voor rekening van verzoeker zouden komen.
- 4.5. Bij brief van 14 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor de RPLND een vergoeding wordt toegekend van € 5.556,58. Ook in deze brief wordt geen beperking van de vergoeding genoemd. Verzoeker stelt zich niet te kunnen vinden in de vergoeding die door de ziektekostenverzekeraar is toegekend voor de onderscheiden behandelingen. Gelet op de zorgplicht die de ziektekostenverzekeraar had jegens de zoon, dient een hogere vergoeding te worden verleend. Hiertoe wordt het volgende aangevoerd.
- 4.6. De laparoscopische RPLND is een behandeling die in Nederland niet beschikbaar is. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zake van deze behandeling een DBC-code gehanteerd. Verzoeker vraagt zich af of überhaupt wel sprake kan zijn van een Nederlands DBC-tarief, gelet op het unieke karakter van de uitgevoerde behandeling. De vergoeding van € 5.556,58 is hoe dan ook niet toereikend.
- 4.7. Voor de longmetastase behandelingen blijkt een Nederlands DBC-tarief van € 6.179,62 per longoperatie van toepassing. Er hebben twee operaties plaatsgevonden, te weten aan de rechter- en linkerlong. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van € 6.179,62, zijnde het toepasselijke DBC-tarief voor een enkelzijdige operatie. Dit is onjuist, aangezien DBC 0303110003130403 met bijbehorend tarief van € 11.446,87 dient te worden toegepast. Deze DBC ziet op een dubbelzijdige operatie.
- 4.8. Voorts is onduidelijk welke DBC-code voor de herstelbehandelingen geldt. Bovendien is geen vergoeding toegekend voor de radioloog, anesthesist en patholoog anatoom, die bij de zes behandelingen in de beide SLK Kliniken betrokken zijn geweest.

- 4.9. Verzoeker voert aan meerdere malen te hebben aangedrongen op een minnelijke oplossing van de kwestie. In dit kader heeft hij financiële concessies gedaan. De ziektekostenverzekeraar was echter niet genegen de kwestie op te lossen, zodat verzoeker zich genoodzaakt zag zich tot de commissie te wenden.
- 4.10. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het standpunt van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de behandeling in de SLK Klinik Heilbronn wordt geaccepteerd. In de brief van de ziektekostenverzekeraar van 10 mei 2011 is vermeld dat geen vergoeding wordt verleend voor de toeslag voor een eenpersoonskamer en voor behandeling door een chef-arts. Verzoeker ziet derhalve af van de navordering van € 2.154,88, welk bedrag met name ziet op voornoemde toeslagen, en laat het aan de commissie over wat er wordt gedaan met de door het CVZ genoemde DBC-codes.
- 4.11. Voorts herhaalt verzoeker dat ten aanzien van de behandelingen in de SLK Klinik Löwenstein door de ziektekostenverzekeraar een E112-formulier is afgegeven. In de begeleidende brief van 1 juni 2011 wordt medegedeeld dat de chef-arts de kosten van de door hem uitgevoerde behandeling rechtstreeks kan declareren bij het Duitse ziekenfonds, en dat de eventuele meerkosten verbonden aan een hogere verpleegklasse dan derde klas niet voor vergoeding in aanmerking komen. Bij afgifte van het E112-formulier is door de ziektekostenverzekeraar dus geen voorbehoud of beperking, anders dan ten aanzien van de kosten van een hogere verpleegklasse, vermeld. Ten aanzien van de behandelingen van de zoon in de SLK Klinik Löwenstein is een bedrag van € 17.331,77 voor rekening van verzoeker gebleven. Dit betreft drie nota's die zien op de kosten van de chef-arts, de anesthesist en de radioloog. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van deze kosten afwijst. Immers, afgifte van een E112-formulier impliceert dat alle kosten van de medische behandeling worden vergoed. Verzoeker stelt dat hij ervan uit mocht gaan dat op basis van het afgegeven E112-formulier geen kosten voor de behandelingen in de SLK Klinik Löwenstein voor zijn rekening zouden komen. Hij vordert daarom primair vergoeding van het bedrag van € 17.331,77 en subsidiair toepassing van de door het CVZ genoemde DBC's op de behandelingen van de zoon in de SLK Klinik Löwenstein. Daarnaast wenst verzoeker dat de afzonderlijke DBC's voor de thoracotomie rechts en links worden vergoed, alsmede de afzonderlijke DBC's voor de vervolgooperaties.
- 4.12. Verzoeker verklaart dat hij zich ten tijde van de diverse behandelingen van zijn zoon niet druk heeft gemaakt over de financiën. Het bevreemdt hem dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar thans doet voorkomen dat niets bekend was over extra kosten. Het doet verzoeker deugd dat het CVZ kritische kanttekeningen heeft geplaatst bij de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC's.
- 4.13. Door verzoeker is verder verklaard dat van zijn kant nimmer het verzoek is gedaan een E112-formulier af te geven. Dit is tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt. Verzoeker was tot het moment van afgifte niet bekend met een dergelijk formulier. Hij heeft zich enkel – op verzoek van de klinieken in Duitsland – tot de ziektekostenverzekeraar gewend om te informeren naar de vergoeding en/of een betaalgarantie.
De ziektekostenverzekeraar suggereert dat verzoeker zelfstandig een Wahlleistungsvereinbarung heeft gesloten met de SLK Klinik Löwenstein inzake de behandeling door een chef-arts. Verzoeker stelt zich hiervan niets te herinneren. Hij had andere

dingen aan zijn hoofd, gelet op de hachelijke situatie waarin zijn zoon destijds verkeerde. Overigens is het zelfstandig sluiten van een Wahlleistungsvereinbarung niet in overeenstemming met de afgegeven E112-formulieren. Bij afgifte daarvan wordt immers vermeld dat geneeskundige zorg kan worden ontvangen van een bij naam genoemde medisch specialist, zijnde een chef-arts. Er is destijds geen voorbehoud gemaakt, en er werd niet gesproken over het optioneel zijn van de dienstverlening van die medisch specialist. Ook in de facturering is niets terug te vinden van een dergelijke overeenkomst of optionele dienstverlening. Voorts is de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker navraag had moeten doen aangaande de wijze en hoogte van de vergoeding in verband met de afgifte van het E112-formulier, bedenkelijk. Verzoeker had enkel vóór de behandelingen nauw contact met de ziektekostenverzekeraar. Na afgifte van het E112-formulier voor de behandeling in de de SLK Klinik Löwenstein was er geen noodzaak meer tot nauw overleg. Verzoeker vraagt zich af of het gebruikelijk is in een dergelijk geval navraag te doen. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar in de brief van 16 oktober 2013 een poging tot misleiding gedaan. Behendig zijn de toezeggingen in de brief van 1 juni 2011 weggelaten. In deze brief staat dat reguliere zorg op basis van derdeklasverpleging wordt vergoed, maar hierbij is niet vermeld dat toeslagen voor een chef-arts niet tot de reguliere zorg worden gerekend.

- 4.14. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Op 6 mei 2011 heeft verzoeker, gezien het spoedeisende karakter, via e-mail contact gezocht met de medisch adviseur. Hierbij is een behandelplan overgelegd en dit is beoordeeld.
 - 5.2. De medisch adviseur heeft verzoeker medegedeeld dat geen precies passende DBC was gevonden, maar dat DBC 03110001290303 de operatie het best benadert. Bijbehorend tarief van deze DBC is € 5.556,58. Verzoeker heeft hierop gereageerd dat dit prima was. Het afgeven van een E112-formulier is niet ter sprake geweest.
 - 5.3. Daarnaast heeft verzoeker in zijn e-mailbericht van 6 mei 2011 opgemerkt dat er bij zijn weten in Nederland geen alternatieven zijn, behalve een open RPLND, hetgeen in verband met de langdurige chemohistorie en de lange herstelperiode geen alternatief zou zijn. De medisch adviseur was van mening dat de behandeling in Nederland wel mogelijk was, maar verzoeker wilde dit om hem moverende redenen niet. Er is derhalve geen sprake van schending van de zorgplicht. Ook is door de behandelend arts in Nederland niet onderbouwd dat de behandeling van de zoon in Nederland niet mogelijk was of niet tijdig had kunnen plaatsvinden.
 - 5.4. Op 15 mei 2011 heeft verzoeker via e-mail wederom contact gezocht met de medisch adviseur. Hij deelde mede dat zijn zoon de eerste operatie had doorstaan en er werd toestemming gevraagd voor de vervolgooperatie. De medisch adviseur heeft hierop aangegeven dat een behandelplan nodig was om te kunnen beoordelen welke DBC passend is. Verzoeker heeft op 19 mei 2011 het behandelplan gestuurd. Hierbij heeft hij vermeld dat hij zowel bij deze operatie als de vorige "vast zit aan de chef-arts", omdat het beide hooggespecialiseerde ingrepen zijn die alleen door een chef-arts kunnen worden gedaan. De medisch adviseur heeft geantwoord dat DBC 28110015900110 een bijbehorend tarief heeft van € 6.179,62 en dat dit weer niet ge-

heel kostendekkend is. Dit komt omdat in Nederland de chef-arts- of hooglerartoeslag niet bestaat.

- 5.5. Verzoeker heeft op 13 juni 2011 gemaïld met het verzoek een E112-formulier af te geven voor een operatie op 28 juni 2011. Het E112-formulier is afgegeven en dit betekent dat een vergoeding wordt verleend volgens de regels van het land waar de behandeling plaatsvindt. Deze geeft geen dekking voor de kosten van een chef-arts.
- 5.6. Op 14 juli 2011 mailde verzoeker dat het E112-formulier liep tot 8 juli 2011 en door hem werd verzocht om verlenging tot 1 augustus 2011. Hierop is een verlenging tot 1 augustus 2011 afgegeven. De medisch adviseur werd op 22 juli 2011 gebeld door verzoeker omdat de zoon snel chemotherapie nodig had. Hierop heeft de medisch adviseur aangegeven dat de vergoeding slechts eenmaal het Nederlandse tarief zou zijn en dat het lastig was op dat moment een bedrag te noemen. Er was een duidelijkere specificatie van de behandeling nodig. Tevens is verklaard dat de kosten in Duitsland meestal hoger uitkomen omdat de medicijnen apart in rekening worden gebracht. Helaas bereikt de ziektekostenverzekeraar op 1 augustus 2011 het bericht dat de zoon van verzoeker op 31 juli 2011 was overleden.
- 5.7. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd welk bedrag ter zake van de RPLND zou zijn vergoed op basis van de Duitse sociale ziektekostenverzekering. Uit tarifiering is gebleken dat er een verschil van € 831,84 zit tussen de uitgekeerde vergoeding en het Duitse tarief. Dit verschil is op 2 april 2013 nabetaald aan verzoeker.
- 5.8. De kosten van chemotherapie zijn niet rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat de kosten binnen de vergoeding op basis van het E112-formulier vallen en dat deze door de Duitse Krankenkasse bij het CVZ zijn gedeclareerd.
- 5.9. Op het moment dat het E112-formulier werd afgegeven, was niet bekend wat de kosten zouden zijn. De Duitse Krankenkasse verrekenet de kosten namelijk achteraf met het CVZ. Het CVZ dient die kosten dan vervolgens in bij de ziektekostenverzekeraar. Er is een overzicht ontvangen van het CVZ, waarop is aangegeven dat voor de behandeling van de zoon in Duitsland € 5.945,88 is vergoed door het CVZ aan de Krankenkasse. Dit bedrag is vervolgens door de ziektekostenverzekeraar betaald aan het CVZ. Wanneer deze behandeling in Nederland had plaatsgevonden, zou DBC 28110015900110 met bijbehorend tarief van € 6.179,62 zijn toegepast. De ziektekostenverzekeraar heeft zich uit coulance bereid verklaard het verschil tussen het bedrag dat in Nederland zou zijn vergoed, en het bedrag dat in Duitsland is vergoed, uit te keren. Er is daarom € 233,74 aan verzoeker betaald.
- 5.10. Verzoeker stelt dat voor de metastasectomie-behandelingen is volstaan met één DBC-tarief. Dit is onjuist. Beide operaties zijn apart gedeclareerd via het E112-formulier volgens het Duitse zorgstelsel. In totaal is door de ziektekostenverzekeraar € 30.364,22 betaald voor de behandelingen van de zoon in de twee Duitse klinieken. Ook de herstelbehandelingen zijn met het E112-formulier verrekend. Hiervoor worden geen afzonderlijke DBC's gehanteerd. Alle resterende kosten komen voor rekening van verzoeker. Dit betreft de kosten voor de chef-arts en voor de eenpersoonskamer. Deze vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering.

- 5.11. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker voorafgaand aan de behandelingen van diens zoon in Duitsland correct is geïnformeerd dat geen volledige vergoeding kon worden verleend. Het is voorstelbaar dat het voor verzoeker teleurstellend is dat de kosten van de behandelingen in Duitsland niet geheel voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar realiseert zich dat verzoeker een zware periode doormaakt, en betuigt zijn oprechte deelneming.
- 5.12. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het geschil zich toespitst op de kosten van de chef-arts. Deze komen niet voor vergoeding in aanmerking. Er is een E-112 formulier afgegeven voor de behandelingen in de SLK Klinik Löwenstein. Dit betekent dat wordt gedeclareerd conform het Duitse stelsel. Per e-mail is aangegeven dat de hoogleraartoeslag niet wordt vergoed. De kosten van de behandelingen zijn vergoed conform de Duitse sociale ziektekostenverzekering. De niet-gedekte kosten zijn door de kliniek apart bij verzoeker in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar staat hier buiten, aangezien het een privaatrechtelijke overeenkomst tussen de kliniek en verzoeker betreft.
- De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat van meet af aan duidelijk is geweest dat de kosten van de chef-arts en van een eenpersoonskamer niet worden vergoed. In de begeleidende brief bij het E112-formulier is geen voorbehoud gemaakt omdat voor de ziektekostenverzekeraar onduidelijk is wat er precies in Duitsland gebeurt en wordt afgesproken. Dit komt pas achteraf naar voren als de kosten worden gefactureerd die niet onder het Duitse stelsel vallen. De betreffende nota's zijn ook niet aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, maar aan verzoeker.
- De ziektekostenverzekeraar stelt dat indien voorafgaand aan de behandelingen in de SLK Klinik Löwenstein bekend was dat deze altijd door een chef-arts worden uitgevoerd, een afweging had kunnen worden gemaakt. Het kader voor een eventuele (aanvullende) vergoeding wordt evenwel gevormd door het Nederlandse tarief.
- 5.13. Nadien is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat er geen aanleiding is verzoeker verder financieel tegemoet te komen. Verzoeker heeft bewust gekozen voor de verdragsroute, met de daaraan gekoppelde vergoedingssystematiek. Daarnaast is hij zelfstandig met de SLK Klinik Löwenstein een zogenaamde Wahlleistungsvereinbarung overeengekomen inzake het ontvangen van een Chefarztbehandlung. Voorts heeft intensief contact met verzoeker plaatsgevonden over de behandeling en de verzekeringstechnische afwikkeling. Uit de inhoud van deze overeenkomst en de geschetste omstandigheden, alsmede de gang van zaken, blijkt duidelijk dat sprake is van niet-reguliere zorg, die niet uit hoofde van het E112-formulier voor vergoeding in aanmerking komt. Het aangaan van de overeenkomst met de kliniek komt voor rekening en risico van verzoeker. Gelet op het voorgaande kan het standpunt van verzoeker dat afgifte van het E112-formulier een machtiging tot vergoeding van alle kosten van een behandeling in het buitenland betekent, geen stand houden.
- 5.14. 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 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 ziektekosten-

tenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan de reeds verleende vergoeding 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 in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 26 van “Deel B Omvang Dekking” van de zorgverzekering.

Artikel 5 van “Deel B Omvang Dekking” van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene behandeling. (...)

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. (...)

- 8.3. Artikel 25 van “Deel B Omvang Dekking” van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“lid 1

U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

lid 2

Als u woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:

- 1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of*
 - 2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.*
- (...)”*

- 8.4. In artikel 1 lid 2 van “Deel B Omvang Dekking” van de zorgverzekering is bepaald dat de kosten van zorg worden vergoed tot maximaal het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op het moment van de behandeling, of als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

- 8.5. De artikelen 1, 5 en 25 van “Deel B Omvang Dekking” van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van “Deel A-1” van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.7. 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.
- 8.8. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt:
- “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. Verzoeker is met zijn zoon naar een andere lidstaat – Duitsland – gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen en heeft voorafgaand aan de behandelingen de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Derhalve is sprake van planbare zorg, op welke situatie artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing is.

- 9.2. Ter zake van de RPLND is door de ziektekostenverzekeraar een vergoeding op basis van DBC 03110001290303 toegezegd, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 5.556,58. Er is geen S2-formulier afgegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker niet medegedeeld waarom afgifte van het formulier werd geweigerd. Dit mocht worden geweigerd indien deze of een daarmee vergelijkbare behandeling tijdig in Nederland had kunnen plaatsvinden. Deze afwijzingsgrond is echter pas later aangevoerd. Derhalve is het S2-formulier ten onrechte geweigerd en dient de ziektekostenverzekeraar over te gaan tot tarifiering van de RPLND (o.a. Hof van Justitie EG, C-368/98, Vanbraekel, r.o. 34). Tarifiering heeft intussen plaatsgevonden en de uitkomst hiervan is dat een bedrag van € 6.388,42 conform het Duitse ziektekostenstelsel voor vergoeding in aanmerking komt. Naar aanleiding hiervan is door de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 831,84 nabetaald ($€ 5.556,58 + € 831,84 = € 6.388,42$). In de stukken is een "Schlussrechnung" van 15 juli 2011 aanwezig. Hieruit blijkt dat de kosten totaal € 6.917,67 hebben bedragen en dat een bedrag van € 449,25 ter zake van "Wahlleistung 1-Bettzimmer" niet voor vergoeding conform het Duitse ziektekostenstelsel in aanmerking komt. Voorts is een bedrag van € 80,-- ter zake van "Zuzahlung" van de vergoeding conform het Duitse ziektekostenstelsel afgetrokken. Uit het CVZ-advies van 9 september 2013 blijkt dat ter zake van de RPLND de DBC-codes 0303110003490303 dan wel 0303110003590303 beter passend zijn dan de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC-code. DBC-code 0303110003490303 heeft een bijbehorend bedrag van € 10.030,19. In die zin kan sprake zijn van aanvulling van de reeds verleende vergoeding tot Nederlands tarief, doch uitsluitend voor zover het medische kosten betreft. De "Wahlleistung 1-Bettzimmer" – een toeslag voor een eenpersoonskamer – komt om die reden niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. De "Zuzahlung" lijkt een eigen risico/eigen bijdrage te betreffen. Deze komt wel voor vergoeding in aanmerking. Derhalve bestaat aanspraak op een aanvullende vergoeding van € 80,--.
- 9.3. Ter zake van de metastasectomie van de longen beiderzijds is door de ziektekostenverzekeraar een S2-formulier afgegeven, dat geldig was van 30 mei 2011 tot en met 15 augustus 2011. Door de medisch adviseur is in dit kader DBC 28110015900110 met bijbehorend tarief van € 6.179,62 genoemd. De reden hiervan vermag de commissie niet in zien, aangezien afgifte van een S2-formulier inhoudt dat een verzekerde aanspraak heeft op zorg conform de wettelijke regeling van de lidstaat van verblijf (o.a. Hof van Justitie EG, C-368/98, Vanbraekel, r.o. 32). De zoon had door de afgifte van het S2-formulier aanspraak op verstrekkingen die volgens de Duitse sociale ziektekostenverzekering worden vergoed, meer specifiek ten belope van de op basis van die verzekering bepaalde bedragen. De kosten van de zorg die de zoon heeft genomen, zijn via het CVZ gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Evenals geldt voor de RPLND, heeft verzoeker eventueel – op grond van de zorgverzekering – aanspraak op aanvulling tot het Nederlands tarief, doch uitsluitend voor zover het medische kosten betreft. Uit de stukken en de door partijen ter zitting gegeven toelichting blijkt dat bij verzoeker rechtstreeks kosten in rekening zijn gebracht. Deze kosten komen kennelijk niet voor vergoeding op basis van het Duitse ziektekostenstelsel in aanmerking. Het betreft kosten in verband met de behandeling door een chef-arts, zoals door de ziektekostenverzekeraar ter zitting is gesteld en door verzoeker niet is weersproken. Dergelijke kosten komen op grond van de – Nederlandse – zorgverzekering eveneens niet voor vergoeding in aanmerking. Van een aanvulling tot het Nederlandse tarief is zodoende geen sprake. Dat, zoals uit het CVZ-advies van 9 september 2013 blijkt, door de ziektekostenverzekeraar een minder passend tarief is gehanteerd, is onder de gegeven omstandigheden niet relevant. Ook hetgeen overigens

door verzoeker is aangevoerd ten aanzien van de gehanteerde tarieven kan niet leiden tot een andere uitkomst.

- 9.4. Door verzoeker is nog gesteld dat hij niet op de hoogte was van het feit dat de extra kosten voor behandeling door een chef-arts niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoeker baseert zich hierbij op het afgegeven S2-formulier en de begeleidende brief. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen ter zitting gesteld dat verzoeker zelfstandig een overeenkomst met de chef-arts heeft gesloten voor behandeling door deze en dat hij derhalve kon weten dat de extra kosten niet werden gedekt onder het S2-formulier. Op zich heeft verzoeker niet gemotiveerd betwist dat hij aanvullend een aparte overeenkomst is aangegaan. Aannemelijk is dat hij zich gegeven de omstandigheden de strekking ervan niet bewust is geweest. Daarmee heeft hij het risico genomen dat de uit de aanvullende overeenkomst voortvloeiende extra kosten te zijner laste zouden blijven. Hoewel de commissie begrijpt dat verzoeker zich op het moment van de behandelingen van zijn zoon in een moeilijke situatie bevond, maakt dit het voorgaande niet anders.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar ter zake van de RPLND dient over te gaan tot nabetaling van € 80,--. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.6 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 20 november 2013,

Voorzitter