

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, in deze vertegenwoordigd door E te B, tegen C te D, in deze
vertegenwoordigd door F te G
Zaak : EU-EER, geneeskundige zorg, Kloster Paradiese
Zaaknummer : 2009.01171
Zittingsdatum : 7 oktober 2009

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekers, in deze vertegenwoordigd door E te B,

tegen

C te D, in deze vertegenwoordigd F te G, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekers komen op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de kosten van het verblijf en de behandeling in Kloster Paradies te Soest (Duitsland) slechts gedeeltelijk te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (natura) (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Extra Compleet Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend Stationsarzt heeft bij erflaatster de volgende diagnose gesteld: “bekanntem metatstasierten malignen Melanoom”. Erflaatster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op “einer sequentiellen Chemoimmunotherapie” ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de zus van erflaatster die toen haar belangen behartigde een “onverplichte” vergoeding toegezegd, op basis van zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering van € 22.393,20.
- 3.3. In de eerste maanden van het jaar 2009 heeft de behandeling waarop door erflaatster aanspraak is gemaakt, plaatsgevonden. Op 25 maart 2009 is erflaatster overleden.
- 3.4. Verzoekers hebben aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medege-deeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij aanmeldingsformulier van 18 mei 2009 hebben verzoekers de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekos-

tenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, althans voor een groter deel 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 verzoekers het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekers aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 3 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 augustus 2009 aan verzoekers gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers hebben op 14 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. Bij e-mail van 1 oktober 2009 hebben verzoekers bericht bij nader inzien toch geen prijs te stellen op een hoorzitting. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch medegedeeld eveneens geen behoefte te hebben aan het geven van een mondelinge toelichting.
- 3.9. Bij brief van 4 augustus 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 8 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29086006) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar bij de door deze bepaalde zogenaamde coulancevergoeding de juiste DBC-code is gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekers

- 4.1. Verzoekers stellen, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat erflaatsster vergoeding is toegezegd. Later bleek deze niet volledig te zijn. Stoppen met de behandeling was toen geen optie, daar dit gelijk stond aan sterven. Volgens verzoekers is over de mogelijkheid van een E112-formulier aanvankelijk niet gesproken. Naar de mening van verzoekers zou de vergoeding moeten zijn gebaseerd op de kosten van opname en verder verblijf in een Nederlands ziekenhuis, vermeerderd met de kosten van farmaceutische zorg.
- 4.2. Verzoekers komen tot de conclusie dat hun verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat aanvankelijk uit coulanceoverwegingen een bedrag van € 5.000,-- is toegezegd voor het eventueel onverzekerde gedeelte van de kosten (zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering tezamen). In reactie op een door de zus van erflaatsster ingezonden kostenoverzicht is, uitgaande van DBC-code 13 11 00 0842 4503 (op basis van de voorhanden informatie) een bedrag van € 7.915,40 vermeer-

derd met € 3.281,20 voor farmaceutische zorg, telkens op basis van respectievelijk zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering (200 percent), in totaal € 22.393,20 toegezegd. In totaal is een bedrag van € 24.254,61 uitbetaald; welk bedrag hoger is dan eerder is toegezegd. Alle overige gedeclareerde kosten welke het toegezegde bedrag van 100 percent van het Nederlands tarief hebben overschreden zijn afgewezen. Het betreft hier tot op heden een totaal bedrag van € 70.400,65.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat op de vraag om een verdergaande vergoeding terecht afwijzend is beslist.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekers, ter zake van de behandeling van erfstaatster in Kloster Paradijs, aanspraak kunnen maken op een verdergaande vergoeding dan het door de ziektekostenverzekeraar uitbetaalde bedrag van € 24.254,61, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners.

Artikel 9 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat. Artikel 9.1 ziet op de situatie dat de verzekerde woonachtig is in Nederland. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang, aldus:

“De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;*
- Zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- Vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 11.4 van deze verzekeringsvoorwaarden; (...)*”

Op grond van artikel 9.4 van de zorgverzekering geldt dat bij het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig heeft.

Artikel 14 van de zorgverzekering ziet op medisch specialistische zorg en luidt, voor zover in dit verband van belang, als volgt:

“Omschrijving

Geneeskundige zorg zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

(...)

- *Materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- en hulpmiddelen. (...).”*

Met betrekking tot verblijf regelt artikel 34, wederom voor zover hier van belang, het volgende:

“Omschrijving

Medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistsiche GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen

Waar

In een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, revalidatie-instelling of zorghotel.”

- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 85 een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 7.4. 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, waaronder medisch-specialistische zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Verblijf is geregeld in artikel 2.10 Bzv.
Artikel 13 Zvw ziet op de situatie dat gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de behandeling vergoed conform de DBC-prestatiecode 13 11 00 0842 4503. Deze staat voor “reguliere zorg/ /maligniteit huid/melanoom/chemotherapie gemetastaseerd 2^e lijn en hoger (onco) met klinische episode(n)”. Gelet op de in het dossier aanwezige informatie, komt de gehanteerde DBC de commissie als passend voor. Bij deze DBC hoort een tarief van € 7.915,40.
- 7.7. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Aangezien alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn begrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie hierin geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-tariefcode is geëigend.

- 7.8. Het onder 7.6 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de ziektekostenverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.
- 7.9. Door verzoekers is aangevoerd dat, indien zij daarmee bekend zouden zijn geweest, zij de ziektekostenverzekeraar om afgifte van een E112-formulier zouden hebben verzocht. Een zodanig verzoek is evenwel niet gedaan, terwijl overigens uit de aantekeningen van erflaatster valt op te maken dat zij, kennelijk al vóór het vertrek naar Duitsland, wel met deze mogelijkheid bekend was. Dienaangaande is door de ziektekostenverzekeraar nog gesteld dat aan erflaatster uitdrukkelijk is gevraagd bij de zorgverlener in Soest, een zogenoemde Privatkliniek, ernaar te informeren of daar een E 112-formulier zou worden geaccepteerd. De vraag of een dergelijke acceptatie mogelijk tot een gunstiger uitkomst had kunnen leiden voor wat betreft het onverzekerde gedeelte, kan thans in het midden blijven, temeer waar onweersproken is dat op laatstbedoeld verzoek door of namens erflaatster niet tijdig is gereageerd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.10. Artikel 3.5 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

“Niet spoedeisende zorg in het buitenland

Vergoeding voor de kosten van medische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend indien en voor zover de zorgverzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in Nederland zouden zijn gemaakt op grond van de [zorgverzekering] of deze aanvullende verzekeringsvoorwaarden tot maximaal 200% van het in Nederland geldende Wmg-tarief, of bij het ontbreken daarvan, het in de Nederlandse gezondheidszorg voor betreffende medische zorg gangbare of gebruikelijke tarief. Het tijdelijk verblijf in het buitenland dient maximaal 12 aaneengesloten maanden te zijn. Uitgesloten zijn de kosten van (zieken)vervoer van en naar het buitenland alsmede het vervoer in het buitenland zelf.

Recht op vergoeding bestaat uitsluitend:

- *na voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld;*
- *de te verlenen vergoeding heeft dan een aanvullend karakter.”*

- 7.11. Op grond van de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering hebben verzoekers recht op vergoeding tot in totaal 200 percent van het Nederlandse Wmg-tarief. Zoals eerder overwogen is de door de ziektekostenverzekeraar de DBC-code 13 11 00 0842 4503 gehanteerd, met een daaraan gekoppeld tarief van € 7.915,40. Uit de voorwaarden volgt dat verzoekers derhalve recht hebben op een bedrag van € 11.196,60 uit de zorgverzekering, en nogmaals eenzelfde bedrag uit de aanvullende ziektekostenverzekering, in totaal neerkomend op € 22.393,20. Dat uiteindelijk door de ziektekostenverzekeraar tot een aanzienlijk hogere vergoeding, te weten € 24.254,61, is overgegaan, kennelijk in de lijn van een in eerste instantie toegezegde vergoeding op basis van coulance, is een aangelegenheid tussen verzoekers en de ziektekostenverzekeraar waar de commissie niet in kan treden.

Conclusie

7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 oktober 2009,

Voorzitter