

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, verstrekking E112-formulier
Zaaknummer : 2010.01120
Zittingsdatum : 1 december 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P. Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om de verstrekking van een E 112-formulier voor een halfjaarlijkse controle te Nordhorn (Duitsland)(hierna: de aanspraak), welke aanspraak door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 28 april 2010 is geweigerd.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw) en een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 2 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 22 juli 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 september 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Daarbij heeft hij opgemerkt bereid te zijn nog tweemaal de werkelijke kosten te vergoeden. Een afschrift hiervan is op 30 september 2010 aan verzoekster gezonden, met de vraag of hiermee de kwestie is opgelost. Bij brief van 10 oktober 2010 heeft verzoekster medegedeeld dat zulks niet het geval is. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 20 oktober 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 november 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010128154) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat verzoekster te allen tijde mag kiezen voor vergoeding van zorg op basis van het E 112-formulier of op basis van de Nederlandse tarieven met betrekking tot de door de medisch adviseur genoemde DBC-code 18.21.00.0610.0101. Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 november 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 december 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 2 december 2010 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 voorlopige advies. Bij brief van 15 februari 2011 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben bij brieven van respectievelijk 24 februari en 4 maart 2011 op het advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is in 2006 met spoed in Nordhorn opgenomen in verband met een ontstoken blindedarm. Op dat moment bleek dat zij een darmtumor had, waaraan zij is geopereerd. Postoperatief moeten elk half jaar controles plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvoor steeds een E112-formulier verstrekt. In 2009 is het formulier eenmaal niet verstrekt. Na heroverweging is echter medegedeeld dat een fout was gemaakt, en dat verzoekster alsnog het formulier zou krijgen. Verzoekster is daarom van mening dat de afwijzing van 28 april 2010 eveneens berust op een fout van de ziektekostenverzekeraar. Het E112-formulier zorgt ervoor dat de kosten niet hoeven te worden voorgeschoten. Indien dat niet gebeurt, kan verzoekster voor kosten komen te staan die zij niet heeft voorzien, hetgeen zij wenst te voorkomen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij vertrouwen heeft in de arts in Nordhorn, zodat het voor haar bezwaarlijk is van arts te wisselen.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Volgens de ziektekostenverzekeraar is in het verleden inderdaad meerdere keren een E112-formulier verstrekt, doch dit berustte op een fout. Voor een poliklinische behandeling wordt namelijk nooit een E112-formulier verstrekt. Verzoekster kan de kosten eerst voorschieten en deze daarna declareren. Zij heeft dan aanspraak op maximaal het in Nederland geldende tarief. Indien zij vooraf de hoogte van de vergoeding wenst te vernemen, kan zij een behandelplan met begroting indienen. De ziektekostenverzekeraar zal dan mededelen wat het maximale tarief is.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in dit kader Vo 883/2004 en Vo 987/2009 van toepassing zijn. Op grond van deze Verordeningen is men vrij in het buitenland zorg te genieten. Bij niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieders is de vergoeding gelijk aan de vergoeding die geldt voor in Nederland door de ziektekostenverzekeraar niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Een en ander is verwoord in artikel B9 van de zorgverzekering. De aanspraak op grond van genoemde Verordeningen gaat alleen verder indien de verzekerde woont of verblijft in een ander EU-land. Verzoekster woont of verblijft echter niet in Duitsland, zodat de Verordeningen om die reden toepassing missen. Verzoekster gaat speciaal voor de nacontroles naar Duitsland. Bovendien staat vast dat de nacontroles geplande zorg zijn. Er is daarom geen sprake van een medische noodzaak als bedoeld in beide Verordeningen. Bij planbare zorg is de ziektekostenverzekeraar bevoegd toestemming te weigeren.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekster een E112-formulier te verstrekken.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op:

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*
- *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- *laboratoriumonderzoek,*
- *second opinion. (...)*

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [de ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:

- *zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (A-segment): 80% van het tarief wordt vergoed,*
- *zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. (...)*”

Artikel B9 regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 1408/71 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- *recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- *vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)*

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] nodig. (...)”

- 8.3. De artikelen B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. 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 gebruik maakt van een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;

ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar de verstrekking van een E112-formulier aan verzoekster mocht weigeren. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Gelet op het arrest Muller-Fauré en Van Riet mag het vereiste van voorafgaande toestemming alleen worden gesteld indien het gaat om intramurale zorg. Bij extramurale zorg is een dergelijk vereiste in strijd met het vrije verkeer van diensten als bedoeld in de toenmalige artikelen 49 en 50 EG-Verdrag. De ziektekostenverzekeraar is, gelet op de bestaande jurisprudentie, gehouden in deze situatie vergoeding te verlenen conform de sociale ziektekostenverzekering van het woonland, in dit geval Nederland. Zulks neemt niet weg dat een verzekerde niet de mogelijkheid mag worden onthouden toestemming te vragen als bedoeld in artikel 22 van de ten tijde van de aanvraag vigerende EG-Verordening 1408/71, aangezien het niet verlenen van toestemming in de vorm van een E112-formulier administratieve en financiële consequenties heeft. Door verzoekster is in dit verband naar voren gebracht dat zij zonder het formulier kosten moet voorschieten, hetgeen voor haar bezwaarlijk is.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft het E 112-formulier aan verzoekster onthouden op de grond dat dit formulier door hem nooit wordt afgegeven bij extramurale zorg. Gelet op het voorgaande is deze afwijzingsgrond onjuist. De ziektekostenverzekeraar dient te onderzoeken of de gevraagde zorg tijdig in Nederland beschikbaar is. Nu de ziektekostenverzekeraar dit heeft nagelaten kan verzoekster kiezen voor vergoeding van

de zorg conform de wettelijke regeling van de lidstaat waar deze is verleend (Duitsland), en dient de ziektekostenverzekeraar tot tarifiering over te gaan.

- 9.4. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft verzoekster aanspraak op het tarief dat in Nederland voor deze zorg maximaal wordt uitgekeerd. De hoogte daarvan is met name afhankelijk van de vraag of de instelling door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, en of het een DBC-code uit het A- dan wel B-segment betreft. Afhankelijk van de uitkomst van de tarifiering is het aan de ziektekostenverzekeraar de kosten te vergoeden op basis van het 'Duitse' tarief, eventueel verhoogd voor zover aan de zorgverzekering door verzoekster een verdergaand recht op vergoeding van medische kosten kan worden ontleend.
- 9.5. Zoals uit het hiervoor overwogene valt op te maken, zal een volgend verzoek om toestemming door de ziektekostenverzekeraar moeten worden beoordeeld aan de hand van de bepalingen van de Verordening, thans Vo 883/2004, en kan deze worden geweigerd indien de zorg tijdig in Nederland beschikbaar was.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 20 april 2011,

Voorzitter