

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A in zijn hoedanigheid van erfgenaam van mevrouw B,
vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E en F, beide te G
Zaak : EU/EER, E112-formulier, geneeskundige zorg, hoogte vergoe-
ding, spoedeisendheid, zorgplicht, zorgbemiddeling
Zaaknummer : 2013.00132
Zittingsdatum : 25 september 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008 en 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008 en 2009, art. 22 van Vo, 1408/71)

1. Partijen

De heer A, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van erfgenaam van mevrouw B, hierna te noemen: erflaatster, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen

- 1) E en
 - 2) F beide te G,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was erflaatster 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). Verder was ten behoeve van erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 1 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. Erflaatster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van enkele geneeskundige behandelingen in Barcelona en Marbella, Spanje, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een bedrag van € 13.828,03 wordt vergoed voor de gedeclareerde kosten. Daarnaast wordt een bedrag van € 374,34 vergoed voor de in Spanje geleverde geneesmiddelen die geen betrekking hebben op de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) die met het eerste bedrag zijn vergoed.
- 3.2. Met de uitkeringsspecificaties van 17 en 19 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster medegedeeld dat bepaalde gedeclareerde kosten wel en andere niet worden vergoed.
- 3.3. Bij brief van 15 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij nota's heeft ontvangen voor een behandeling in het buitenland. Hiervoor is geen aanvraag ontvangen, maar de ziektekostenverzekeraar is bereid de nota's alsnog in behandeling te nemen. Daartoe heeft de ziektekostenverzekeraar enkele aanvullende gegevens nodig, zoals een medische indicatie en behandelvoorstel, een prijsopgave, en een verwijzing.

- 3.4. Met diverse uitkeringsspecificaties heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster medegedeeld dat bepaalde gedeclareerde kosten wel en andere niet worden vergoed.
- 3.5. Erflaatster is op 23 maart 2011 overleden.
- 3.6. Verzoeker heeft op 14 december 2011 aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 10 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.
- 3.7. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.8. Bij brief van 12 april 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de betreffende kosten alsnog volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.9. 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.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juni 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 juni 2013 aan verzoeker gestuurd.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 juli 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 juli 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.12. Bij brief van 11 juli 2013 heeft verzoeker de commissie nadere informatie gezonden. Een afschrift hiervan is op 15 juli 2013 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.13. Bij brief van 28 juni 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 15 juli 2013 heeft de commissie de brief van verzoeker van 11 juli 2013 aan het CVZ gezonden. Bij brief van 25 juli 2013 (zaaknummer 2013077818) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd vergoeding toe te kennen – voor zover dit nog niet is gebeurd – op basis van de volgende DBC's:
 - 13110008333301 (diagnostiek)
 - 06119800280333 (nefro ureterectomie)
 - 13110008334302 (chemotherapie)
 - 110200280111 (dagopname bloed in urine)Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.

- 3.14. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 september 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.15. Ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar de commissie een overzicht stuurt van de ten behoeve van erflaatster ter declaratie ingediende nota's en de door de ziektekostenverzekeraar toegekende en/of afgewezen vergoedingen. Voorts is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar zal nakijken of sprake is van doorlopende/vervolg DBC's aangezien de behandeling van erflaatster langer dan één jaar heeft geduurd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 oktober 2013 zijn reactie aan de commissie gestuurd.
- 3.16. Afschriften van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 oktober 2013 en de daarbij gevoegde bijlagen zijn op 21 oktober 2013 aan verzoeker gezonden. Verzoeker is hierbij in de gelegenheid gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren, maar hij heeft van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
- 3.17. Bij brief van 22 november 2013 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 oktober 2013 met bijlagen gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie hierop heeft het CVZ bij brief van 26 november 2013 de commissie medegedeeld dat bedoelde stukken geen aanleiding vormen 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. Bij erflaatster is in mei 2008 een gemetastaseerd urotheelcarcinoom in haar rechternier vastgesteld. Ter voorkoming van verdere verspreiding en daardoor een slechtere prognose waren een operatie en chemotherapie op zeer korte termijn medisch noodzakelijk. Er was dus sprake van een spoedeisende situatie. Bij brief van 16 mei 2008 heeft verzoeker dit aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld. Hierbij heeft hij verklaard dat de gewenste operatie niet op korte termijn in het ziekenhuis in Groningen kon plaatsvinden, en dat erflaatster daarom had besloten zich te laten opereren in de kliniek Quiron te Barcelona, Spanje. Hierbij heeft hij vermeld dat het voor erflaatster geen probleem is hiervoor speciaal naar Barcelona te vliegen, omdat zij oorspronkelijk uit deze regio afkomstig is.
- 4.2. Bij brief van 7 juli 2008 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat na de operatie een bloedpropje zichtbaar was op de scan. Erflaatster heeft daarom een bloedverdunner voorgeschreven gekregen. Dit heeft echter kort na de ingreep tot gevolg gehad dat bloed in de urine kwam. Erflaatster is daarom op 13 juni 2008 met spoed opgenomen in het ziekenhuis te Marbella. Aldaar is haar geadviseerd de bloedverdunner gedurende drie dagen niet te gebruiken om het lichaam in staat te stellen te herstellen van de verwondingen. Het is de bedoeling dat erflaatster viermaal een chemobehandeling van drie weken zal ondergaan waarvoor zij naar Barcelona zal reizen. Haar echtgenoot vraagt de ziektekostenverzekeraar daarom of hem iets bekend is over een tegemoetkoming in de reis- en verblijfkosten.
- 4.3. Erflaatster heeft vervolgens de nota's van de onderhavige behandelingen ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De totale kosten bedragen

€ 239.099,06. Hiervan is slechts € 90.145,73 door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Van sommige nota's is een (klein) deel vergoed, terwijl andere nota's zelfs helemaal niet in behandeling zijn genomen.

- 4.4. De geïndiceerde ingreep en de hierop volgende chemotherapie waren niet binnen een redelijke termijn mogelijk in het ziekenhuis te Groningen. De ziektekostenverzekeraar heeft, nadat erflaatster had medegedeeld in Spanje geopereerd te willen worden, nagelaten ervoor zorg te dragen dat erflaatster op een verantwoorde termijn in Nederland kon worden behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft zelfs geen enkele bemiddelende rol ontplooid. Dit geldt zowel voor de ingreep als voor de chemotherapie, terwijl hij blijkens zijn polisvoorwaarden beschikt over een Zorgmakelaar voor wachttijdbemiddeling en zorgadvies. De ziektekostenverzekeraar heeft uit de mededeling van erflaatster, dat zij in Spanje behandeld wilde worden, ten onrechte geconcludeerd dat erflaatster geen zorgbemiddeling wenste. Het behoort, mede gezien de brieven van 14 en 18 mei 2008, tot de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar om in een situatie als de onderhavige, waarin nadrukkelijk is gesteld dat een operatie in Nederland niet op korte termijn mogelijk was, te bewerkstelligen dat zijn zorgadviseurs worden ingeschakeld om actief naar een oplossing te zoeken.
- 4.5. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte geweigerd toestemming te verlenen voor behandeling in het buitenland, ondanks dat sprake was van spoedeisendheid. Het contact van erflaatster van 14 mei 2008 dient te worden beschouwd als een verzoek om toestemming voor behandeling in het buitenland. De ziektekostenverzekeraar stelde echter een aantal voorwaarden aan een eventuele toestemming, zoals een verwijzing, een behandelplan en een offerte. De ziektekostenverzekeraar heeft erflaatster ten onrechte niet gewezen op de mogelijkheid van een "E112-procedure".
- 4.6. De huisarts van erflaatster heeft in mei 2008 medegedeeld dat hij, en later ook de behandelend uroloog, haar naar het buitenland heeft verwezen voor behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 10 januari 2012 ten onrechte gesteld dat hij uit de aanwezige informatie niet heeft kunnen afleiden dat erflaatster naar Spanje was verwezen. Gelet op de spoedeisendheid van de behandeling is de door de ziektekostenverzekeraar gestelde voorwaarde niet redelijk.
- 4.7. Het had de ziektekostenverzekeraar, aan de hand van de ter declaratie ingediende nota's, duidelijk moeten zijn dat sprake was van een gebruikelijke behandeling.
- 4.8. De ziektekostenverzekeraar heeft erflaatster niet gewezen op haar rechten die voortvloeien uit de verzekeringsvoorwaarden. In dit bijzondere geval was bekend dat erflaatster van Spaanse afkomst was en dat zij gedurende een groot deel van het jaar in Spanje verbleef. Tegen die achtergrond had de ziektekostenverzekeraar haar de keuze behoren aan te bieden om in Spanje behandeld te worden.
- 4.9. De vergoeding betreft niet alleen de kosten van de operatie en daarbij behorende kosten, maar ook de kosten van de chemotherapie en alle daarmee samenhangende kosten, zoals reis- en verblijfkosten.
- 4.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de spoedeisendheid of de medische noodzakelijkheid van de behandelingen niet weersproken.

- 4.11. Aangezien terecht kan worden gesteld dat sprake was van spoedeisendheid, de behandeling in Nederland op korte termijn niet mogelijk was, en de ziektekostenverzekeraar ten onrechte bedoelde toestemming niet heeft verleend, is de ziektekostenverzekeraar gehouden alle kosten van de behandeling in Spanje te vergoeden.
- 4.12. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 16 oktober 2008 gesteld dat geen vergoeding meer mogelijk was voor de geplande chemotherapie. Als erflaatster naar Nederland zou terugkeren voor behandeling zouden deze kosten wel voor vergoeding in aanmerking komen. Het is vreemd dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 10 januari 2012 stelt dat het erflaatster duidelijk had kunnen zijn dat de kosten van chemotherapie niet volledig zouden worden vergoed.
- 4.13. Bij gebrek aan kennis betwist verzoeker dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC's de enige DBC's zijn "waarop de gemaakte kosten kunnen worden geboekt". Verzoeker vraagt de commissie daarom hiernaar onderzoek te verrichten.
- 4.14. Bij brief van 11 juli 2013 heeft verzoeker de commissie een brief van de uroloog van het Nederlandse ziekenhuis van 15 april 2013 gezonden. Hierin wordt verklaard dat de wachttijd voor de betreffende operatie in dit ziekenhuis destijds vier tot zes weken bedroeg. Erflaatster is in Spanje twaalf dagen nadat de diagnose was gesteld reeds geopereerd.
- 4.15. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat hij en erflaatster in mei 2008 niet op de hoogte waren van de financiële consequenties die de behandeling in Spanje met zich zou brengen. Aangezien verzoeker en erflaatster regelmatig gedurende langere periodes in Spanje verbleven, was behandeling aldaar voor hen geen probleem. Omdat een en ander binnen de EU is, dachten zij dat de kosten van de behandeling in Spanje zouden worden vergoed.
Er was hen niet bekend dat een mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling bestond. De ziektekostenverzekeraar had hiervoor in mei 2008 moeten waarschuwen en is daarom op dit punt nalatig geweest.
Ten aanzien van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 oktober 2008 ter zake van de vergoeding van de chemotherapie, merkt verzoeker op dat deze is ontvangen terwijl verzekerde de betreffende chemotherapie onderging. Van haar kon niet worden verlangd dat zij de behandeling zou onderbreken om in Nederland verder te worden behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker onvoldoende gewaarschuwd dat maximaal het Nederlandse tarief zou worden vergoed en wat daarvan de consequenties zouden zijn.
- 4.16. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Niet-spoedeisende medische behandelingen in het buitenland worden op grond van de zorgverzekering volgens dezelfde voorwaarden vergoed die gelden bij een behandeling in Nederland. De vergoeding bedraagt maximaal 100% van de in Nederland geldende tarieven. Dit is bij brief van 19 mei 2008 aan verzoeker medegedeeld. Het vaststellen van de vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg gebeurt in Nederland op basis van zogenoemde DBC's. Een DBC is een weergave van alle activiteiten en verrichtingen die de patiënt in het ziekenhuis doorloopt gedurende een vastgestelde periode. Voor alle behandelingen, onderzoeken, operaties en eventuele

opnames die de patiënt voor een bepaalde diagnose moet ondergaan wordt slechts één DBC gedeclareerd.

- 5.2. Met zijn brief van 16 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar erflaatster medegedeeld dat hij voor de op dat moment door haar ter declaratie ingediende nota's voor medisch specialistische zorg die zij in Spanje heeft genoten een bedrag van totaal € 13.513,30 vergoedt. Dit bedrag is als volgt opgebouwd:
- Interne geneeskunde, onderzoek bij niet-uretertumor (inclusief pet-scan), conservatief poliklinisch in Hospital Quirón te Barcelona. Vergoeding, gehele behandeltraject tot 28.05.2008, DBC 13.11.00.0833.3301 = € 577,80
 - Urologie, operatief klinisch, laporoscopische nefroretectomy met retroperitoneale lymphadenectomy, in Hospital Quirón te Barcelona. Vergoeding, gehele behandeltraject van 28.05.2008 tot 10.6.2008, DBC 06.11.98.0028.0333 = € 7.857,10
 - Inwendige geneeskunde, dagopname, traject met onderzoek voor chemo en behandeling met chemotherapie, in Hospital Quirón te Barcelona. Vergoeding, gehele behandeltraject van 10.06.2008, DBC 13.11.00.0833.4302 = € 4.129,85
 - Urologie, dagopname, bloed in urine, status na recente operatie, in Hospital de Marbella. Vergoeding, gehele traject, DBC 11.02.0028.0111 = € 948,55.
- Daarnaast zijn door de ziektekostenverzekeraar kosten voor geneesmiddelen vergoed.
- Erflaatster is erop gewezen dat voor de geplande behandeling in de vorm van chemotherapie in Spanje geen vergoeding meer mogelijk is. De ziektekostenverzekeraar heeft haar daarom geadviseerd voor deze behandeling terug te keren naar Nederland. In Nederland geldt een ander financieringssysteem, waardoor de ziektekostenverzekeraar de kosten in dat geval wel kan vergoeden.
- In de brief van 26 juni 2013 deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat deze laatste mededeling wellicht niet zo duidelijk was. Hiermee was bedoeld te zeggen dat er bij behandeling in Nederland geen kosten voor eigen rekening zouden blijven.
- 5.3. Bij brief van 30 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar erflaatster medegedeeld dat voor de gedeclareerde kosten voor de behandelingen interne geneeskunde een bedrag van € 2.465,65 wordt vergoed, voor de radiotherapie € 10.300,--, voor de urologische behandelingen € 4.147,90, en voor de opname op de intensive care € 1.000,--.
- 5.4. In tegenstelling tot hetgeen verzoeker stelt, kan de ziektekostenverzekeraar uit het dossier niet herleiden dat erflaatster door de behandelend arts in Nederland voor behandeling is verwezen naar Spanje. Uit de stukken blijkt duidelijk dat het de wens van erflaatster was om de behandeling in Spanje te laten plaatsvinden. Dat de behandelend arts en de huisarts geen bezwaar hebben tegen behandeling in Spanje maakt dit niet anders.
- 5.5. Erflaatster is op 14 mei 2008 in de winkel van de ziektekostenverzekeraar geweest. Zij heeft toen informatie opgevraagd met betrekking tot vergoeding van zorg in het buitenland. Zij heeft verteld dat bij haar kanker was geconstateerd en dat zij in een privékliniek in Barcelona geopereerd wilde worden. De ziektekostenverzekeraar heeft erflaatster hierop verteld dat zij een offerte, een behandelplan en een verwijzing van een Nederlandse arts moest indienen. Tevens is haar verteld dat, indien sprake is van reguliere zorg, maximaal 100 percent van het Nederlandse tarief wordt vergoed.

Ook is zij erop gewezen dat bij eventuele complicaties de meerkosten voor haar rekening blijven.

- 5.6. Op grond van artikel 49 van het EG-verdrag mag een verzekerde zich voor zorg wenden tot een zorgverlener in een andere EU-lidstaat. In een aantal situaties kan de verzekerde een beroep doen op de aanvullende werking van Vo 1408/71. Indien de verzekerde specifiek voor zorg naar een andere lidstaat gaat, kan hij de ziektekostenverzekeraar vragen om een E112-formulier te verstrekken. De ziektekostenverzekeraar kan het E112-formulier alleen onthouden als de benodigde of gelijkwaardige zorg tijdig in Nederland te verkrijgen is. Als de afgifte van het E112-formulier terecht is geweigerd, kan de verzekerde de nota achteraf ter declaratie indienen bij de ziektekostenverzekeraar. De kosten worden dan op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering vergoed. In de onderhavige situatie is niet gebleken dat de benodigde operatie niet tijdig mogelijk was bij één van de gecontracteerde zorgverleners. Ook ten aanzien van de chemotherapie is niet gebleken dat deze zorg niet tijdig mogelijk was bij één van de gecontracteerde zorgverleners. Op 8 juli 2008 is erflaatster op consult geweest bij haar Nederlandse arts. In het verslag van deze arts wordt vermeld dat verdere behandeling in Spanje zal plaatsvinden. Er is geen informatie bekend dat de chemotherapie niet tijdig in Nederland kon plaatsvinden. Afgifte van het E112-formulier is daarom terecht geweigerd. Daarenboven geeft een E112-formulier aanspraak op zorg op grond van de voorwaarden en vergoedingen van de lidstaat waar de zorg is verstrekt. Erflaatster is in Spanje behandeld in privékliniek. Op grond van de Spaanse sociale zorgverzekering moeten verzekerden zich wenden tot staatsziekenhuizen, anders bestaat geen aanspraak op vergoeding. Een E112-formulier was dan ook geen oplossing geweest voor erflaatster.
- 5.7. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar zijn bemiddelende rol niet op zich heeft genomen. Dit is correct. Echter, de reden daarvoor is niet dat de zorg niet tijdig in Nederland kon worden geleverd, maar dat erflaatster reeds had besloten zich in Spanje te laten behandelen. Zij wenste geen zorgbemiddeling. Dit blijkt uit diverse stukken. Daarbij wordt in de brief van verzoeker van 16 mei 2008 niet gesteld dat de wachttijden in Nederland te lang zijn, maar dat hij en erflaatster erg bang zijn voor uitzaaiingen. Uit de stukken van het Nederlandse ziekenhuis blijkt niet dat de wachttijden te lang waren. De operatie had in Nederland in ieder ziekenhuis kunnen plaatsvinden.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de juiste DBC's toegepast voor de vaststelling van de vergoeding van de door erflaatster gedeclareerde zorgkosten.
- 5.9. Alles overwegende is de ziektekostenverzekeraar van mening dat hij heeft voldaan aan zijn zorgplicht. Ook heeft hij erflaatster voldoende geïnformeerd over de mogelijke financiële consequenties. Natuurlijk heeft de ziektekostenverzekeraar begrip voor de angst die erflaatster moet hebben gevoeld nadat de diagnose was gesteld. Gezien het feit dat zij een groot gedeelte van de tijd in Spanje verbleef en van Spaanse afkomst was, is de wens om in Spanje te worden behandeld invoelbaar. Dit kan echter niet ertoe leiden dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door erflaatster gemaakte kosten volledig te vergoeden. Erflaatster heeft ervoor gekozen zich in Spanje in een privékliniek te laten behandelen. Hiermee is bewust een financieel risico genomen. Mogelijk heeft erflaatster zich niet gerealiseerd dat dit ertoe zou leiden dat een substantieel deel van de kosten niet zouden worden vergoed. Dit moet echter

voor haar rekening blijven.

- 5.10. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat destijds expliciet aan hem is medegedeeld dat erflaatster in Spanje behandeld wilde worden. Een dergelijke mededeling is niet op te vatten als een verzoek om wachtlijstbemiddeling. Voorts is gevraagd naar de vergoeding van de kosten van deze behandeling. Hierop is geantwoord dat maximaal het Nederlandse tarief zou worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar kon ook niet meer dan dit algemene antwoord geven, omdat hij verder geen informatie had. Er is wel informatie opgevraagd bij erflaatster, maar zij zou op dat moment al naar Spanje vertrekken. Aangezien het de ziektekostenverzekeraar niet bekend was wat de behandeling in Spanje zou gaan kosten, kon hij erflaatster niet vertellen welk deel van de kosten voor haar rekening zou blijven. De (Nederlandse) behandelend arts heeft verklaard dat destijds in dat ziekenhuis sprake was van een wachttijd van vier tot zes weken. Dit is in het algemeen aanvaardbaar. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat erflaatster zo spoedig mogelijk wilde worden behandeld, maar dit betekent niet dat behandeling in Nederland niet tijdig had kunnen plaatsvinden.
- 5.11. Bij brief van 16 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie een overzicht gezonden van de ten behoeve van erflaatster ingediende kosten, de toegekende vergoedingen en de afgegeven DBC's. In dit overzicht zijn alleen de zorgkosten die in het buitenland zijn gemaakt meegenomen.
- 5.12. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden 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 ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de onderhavige zorg alsnog volledig te vergoeden, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering (2008) 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.*

(...)

[naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt daaruit kiezen.

(...)

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam 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 (het A-segment): 90% van het tarief wordt vergoed, maar voor uw rekening blijft ten hoogste € 200,*
- zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. (...)*

Spoedeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed.

(...)”

In de zorgverzekering van 2009 is een vergelijkbare bepaling opgenomen.

8.3. In artikel B9 van de zorgverzekering (2008) is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen. Dit artikel luidt:

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

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 [naam 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.

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 [naam 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.*

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend.

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 [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming hebt u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.”

In de zorgverzekering van 2009 is een vergelijkbare bepaling opgenomen.

- 8.4. 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).
- 8.5. 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 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.6. 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.
- 8.7. 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. Erflaatster is naar Spanje, een EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Er is derhalve sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 22 van Vo. nr. 1408/71. Erflaatster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar enkel medegedeeld dat zij naar Spanje ging voor behandeling. Op grond van

jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Zou al moeten worden aangenomen dat voornoemde mededeling van erflaatster heeft te gelden als een verzoek om toestemming, dan heeft erflaatster de ziektekostenverzekeraar geen redelijke termijn gegund hierop te beslissen. Deze situatie is vergelijkbaar met die waarin voorafgaand aan de behandeling in het geheel geen toestemming is gevraagd. De verordening vindt ook dan geen toepassing. Aangezien de verordening buiten toepassing blijft, is terecht geen E112-formulier verstrekt.

Vervolgens dient te worden getoetst aan artikel B9 van de zorgverzekering.

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding voor de in Spanje genoten zorg gebaseerd op de DBC's 13110008333301 (diagnostiek), 06119800280333 (nefro ureterectomie), 13110008334302 (chemotherapie), 110200280111 (dagopname bloed in urine). Het CVZ heeft in zijn advies van 25 juli 2013 geconcludeerd dat deze DBC's correct zijn. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 9.3. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft voldaan aan zijn zorgplicht door erflaatster geen zorgbemiddeling aan te bieden. Naar het oordeel van de commissie mocht de ziektekostenverzekeraar aan het e-mailbericht van verzoeker van 16 mei 2008, waarin wordt medegedeeld dat erflaatster en hij hebben besloten om erflaatster in een privékliniek in Barcelona te laten opereren, de conclusie verbinden dat erflaatster op dat moment geen gebruik wenste te maken van zorgbemiddeling.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat de onderhavige operatie in ieder ziekenhuis in Nederland tijdig had kunnen plaatsvinden. Dit is door verzoeker niet dan wel onvoldoende betwist. Daarnaast blijkt uit de door verzoeker bij brief van 11 juli 2013 in de procedure overgelegde brief van 15 april 2013 van de uroloog van het Groningse ziekenhuis dat de wachttijd voor de betreffende operatie in dit ziekenhuis destijds vier tot zes weken bedroeg. Dat deze wachttijd medisch gezien voor erflaatster als niet tijdig moet worden gekwalificeerd is uit de stukken niet gebleken. Dat verzoekster erg bang was voor uitzaaiingen en daarom zo snel mogelijk geopereerd wilde worden is begrijpelijk, maar leidt niet tot een ander oordeel.
- 9.5. Niet is gebleken dat erflaatster op medische gronden voor behandeling is verwezen naar de kliniek in Barcelona. De uroloog schrijft na de consulten van 9 en 16 mei 2008 "patiënte gaat naar Barcelona voor behandeling; zij is Spaanse van geboorte. Nadien zal patiënte op de polikliniek Urologie alhier teruggezien worden". Ook de huisarts schrijft niet dat hij erflaatster voor behandeling naar de kliniek in Barcelona verwijst. In de brief van 14 mei 2008 schrijft hij: "ondergetekende heeft geen bezwaar indien de operatie van patiënte in het buitenland plaatsvindt."
- 9.6. Met betrekking tot de behandeling met chemotherapie in Spanje heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 16 oktober 2008 aan erflaatster medegedeeld dat hiervoor geen vergoeding meer mogelijk is. Als alternatief hiervoor is haar medegedeeld dat als zij hiervoor naar Nederland zou terugkeren, de kosten van deze behandeling wel zouden worden vergoed.
- 9.7. Het vorenoverwogene leidt tot de conclusie dat erflaatster de vergoeding heeft ontvangen waarop zij op grond van de zorgverzekering aanspraak had en dat zij dus geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan is uitgekeerd.

Reis- en verblijfkosten

- 9.8. In zijn e-mailbericht van 7 juli 2008 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht hem mede te delen of er iets bekend is over een tegemoetkoming ter zake van de reis-en verblijfkosten. Niet is gebleken dat verzoeker hiertoe een gespecificeerde aanvraag dan wel de nota's voor deze kosten ter declaratie heeft ingediend en dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding heeft toe- of afgewezen. Daarom kan de commissie op dit punt geen uitspraak doen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 december 2013,

Voorzitter