

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door de  
C te D, vs E te F  
Zaak : Geneeskundige zorg, EU/EER, TACE, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 2009.00002  
Zittingsdatum : 17 juni 2009

zaak: 2009.00002, geneeskundige zorg, EU/EER, TACE, hoogte vergoeding

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, artikel 22 lid 1 onder c-i EG Verordening 1408/71)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C te D

tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 14 augustus 2008 de kosten van de TACE-behandeling in Frankfurt (Duitsland), voor zover die het bedrag van € 4.116,15 te boven gaan, niet te vergoeden.

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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoekster op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Aanvullende Verzekering Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend internist-oncoloog heeft bij verzoekster levermetastasen en para-aortale lymfekliermetastasen ten gevolg van een coloncarcinoom gediagnosticeerd. De internist-oncoloog heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op de volledige vergoeding van de kosten verbonden aan "diverse chemo-embolisaties bij dr. Vogl in Frankfurt (Duitsland)" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak tot een bedrag van € 4.116,15 wordt gehonoreerd. Het meerdere is afgewezen.
- 3.3. In juli en augustus 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 30 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster me-

degedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. Bij brief van 30 december 2008 heeft verzoekster haar zaak aan de SKGZ voorgelegd, waarna een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
  - 3.6. Bij brief van 9 maart 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.
  - 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
  - 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 21 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 april 2009 aan verzoekster toegezonden.
  - 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 mei 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
  - 3.10. Bij brief van 28 april 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 26 mei 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29045612) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat verzoekster geen toestemming is verleend om op grond van artikel 22 lid 1 sub c van EG-Verordening 1408/71 in het buitenland zorg te genieten tegen het daar geldende tarief. Een afschrift van het CVZ-advies is op 28 mei 2009 aan partijen gezonden.
  - 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
  - 3.12. Bij brief van 19 juni 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 26 juni 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij zich niet kan vinden in de gedeeltelijke vergoeding van haar TACE-behandeling door dr. Vogl in Frankfurt (Duitsland). Zij stelt daartoe het volgende.
  - 4.2. In een met name genoemd perifeer ziekenhuis en Academisch ziekenhuis is haar medegedeeld dat in Nederland geen verdere behandeling meer mogelijk is. Wel is verzoekster door haar behandelend internist-oncoloog in het academische ziekenhuis

verteld dat zij voor een TACE-behandeling bij dr. Vogl in Frankfurt terecht kon.

- 4.3. Volgens de behandelend internist-oncoloog in Leiden is behoort de behandeling, gelijk in Duitsland, tot de reguliere zorg. Echter in Nederland wordt deze behandeling niet aangeboden. Dit wordt bevestigd door het CVZ in een brief van 26 oktober 2006, waarin deze het standpunt inneemt dat TACE-behandelingen doelmatig zijn in de situatie van verzoekster, ter palliatie van levertumoren.
- 4.4. Door verzoekster is ook een brief overgelegd van een andere zorgverzekeraar aan een medepatiënt. Hieruit blijkt dat op grond van de basisverzekering een TACE-behandeling wordt vergoed tot maximaal € 6.566,70 per dagbehandeling.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat zijn 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 voor de onderhavige behandeling, op grond van DBC-prestatiecode 13.11.00.0927.4502 een bedrag van € 4.116,15 ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed. Dit bedrag is op grond van artikel 6 lid 4 het maximum tarief op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de onderhavige behandeling. Verzoeker is daarover bij brief van 21 mei 2008 geïnformeerd. Bij diezelfde gelegenheid is haar medegedeeld dat de meerkosten voor eigen rekening komen.
  - 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat artikel 22 lid 1 onder c-i van EG Verordening 1408/71 niet van toepassing is omdat geen toestemming is verleend voor de onderhavige behandeling.
  - 5.3. Met betrekking tot de overgelegde brief van een medepatiënt die elders is verzekerd, stelt de ziektekostenverzekeraar dat de omvang van de behandeling van die verzekerde niet duidelijk is, zodat evenmin duidelijk is op grond waarvan de toestemming is verleend.
  - 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. De beoordeling van het geschil
  - 7.1. In geschil is de hoogte van de vergoeding voor de in Duitsland ondergane TACE-behandelingen.

*Ten aanzien van de zorgverzekering*

- 7.2. Het betreft hier een natura-polis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 12 van de zorgverzekering bevat een regeling voor de vraag wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en bepaalt voor zover hier van belang:

*"lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. (...) De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.*

*(...)*

*Lid 2 2b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg*

*Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een of door een, door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde, als ziekenhuis toegelaten instelling, zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of een huispraktijk. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde instelling of extramuraal werkend specialist en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland, worden de werkelijk gemaakte kosten daarvan vergoed tot maximaal 80% van het vigerende op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum-)tarief. Een overzicht van de op basis van de WVG vastgestelde (maximum)tarieven is te vinden op de website [www.nza.nl](http://www.nza.nl). Indien en voor zover er geen op basis van de WVG vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. Een overzicht van de marktconforme tarieven per DBC uit het B-segment is op te vragen bij [naam ziektekostenverzekeraar] en te vinden op de website (...). De kosten van de overige 20% van het op basis van de WVG vastgestelde (maximum)tarief of marktconforme tarief zijn voor eigen rekening, tot een maximum van € 500,- per behandeling. In geval van spoedeisende zorg vindt een kostenvergoeding plaats van 100% van het op basis van de WVG vastgestelde (maximum)tarief of marktconforme tarief.*

*In geen geval vindt vergoeding plaats boven het wettelijk vastgestelde maximumtarief of, indien dat niet bestaat, het in Nederland geldende marktconforme tarief. Het overzicht van de gecontracteerde ZBC's en extramuraal werkende specialisten is op te vragen bij [naam ziektekostenverzekeraar] en te vinden op de website (...). Informatie over de vergoedingen is te vinden in het Reglement Restitutie."*

Het Reglement Restitutie bepaalt in artikel 2:

*"Algemene bepalingen*

*2.1 De werkelijk gemaakte kosten voor zorg die is verleend in Nederland, worden vergoed tot ten hoogste het op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum)tarief. Indien en voorzover er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van gemaakte kosten voor zorg plaats tot ten hoogste het in Nederland geldende marktconforme tarief.*

*Heeft de zorgverlening in het buitenland plaatsgevonden dan worden de werkelijk gemaakte kosten voor zorg tot ten hoogste het buitenlandse marktconforme tarief vergoed mits dit tarief niet boven een in Nederland vastgesteld WVG-tarief uitkomt. De behandelingen waarvoor een op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat en de betreffende tarieven, zijn te vinden op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit*

*www.nza.nl. Marktconforme tarieven (...) worden vermeld op [website ziektekostenverzekeraar].*

*Indien er verschillende restitutievergoedingen van toepassing kunnen zijn, geldt in alle gevallen de laagste vergoeding.*

*2.2. In uitzondering op het bepaalde in artikel 2.1 geldt voor nota's voor niet klinische medisch-specialistische zorg dat de werkelijk gemaakte kosten daarvan worden vergoed tot maximaal 80% van het vigerende op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) vastgestelde (maximum-) tarief of maximaal 80% van het Nederlandse of buitenlandse marktconforme tarief."*

Artikel 31 bepaalt met betrekking tot het buitenland het volgende:

*"lid 1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg door een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgverlener of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 6 lid 4 van deze polis als zou die zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.*

*lid 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:*

- a. aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- b. aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgverlener die door zijn zorgverzekeraar in het woonland of het land van verblijf is gecontracteerd;*
- c. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde in artikel 6 lid 4 van deze polis als zou die zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend."*

- 7.3. De regeling in de artikelen 12 en 31 van de zorgverzekering en artikel van het Reglement Restitutie is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 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 in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
- Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang in algemene bewoordingen geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 is vervolgens bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede wordt begrepen medisch onderzoek en paramedi-

sche zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Met het schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar bij brief van 21 mei 2008 voor de TACE-behandelingen tot het bedrag van € 4.116,15 is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de onderhavige zorg en de vraag naar de indicaties en de doelmatigheid naar het oordeel van de commissie niet meer aan de orde. Rest ter beantwoording de vraag naar de hoogte van de verleende vergoeding. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.7. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcode (DBC). Deze DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg.  
De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-prestatiecode 13.11.00.0927.4502 ziet op reguliere zorg/maligniteit colorectaal/chemotherapie ter behandeling van metastasen, 2<sup>e</sup> lijns en hoger (onco) met dagopname. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 4.116,15 ten tijde van de operatie, zoals blijkt uit de NZa tariefapplicatie. Deze DBC-prestatiecode met bijbehorend tarief komt de commissie niet onbegrijpelijk voor. Voor het vaststellen van het marktconform tarief voor zorg die in het buitenland is genoten sluit de commissie immers aan bij de richtlijnen die zijn opgenomen in eerdere jurisprudentie van het CVZ, onder andere RZA 2006.77 van 21 maart 2006. Op grond hiervan worden de losse zorgcomponenten van de in het buitenland genoten zorg vertaald in een diagnose-behandeltraject waaraan in de Nederlandse systematiek een DBC-code is gekoppeld, met een bijbehorend tarief. Dit tarief dient vervolgens als marktconform tarief te worden aangemerkt.
- 7.8. Het onder 7.7 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 zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.
- 7.9. Voor zover verzoekster stelt dat de onderhavige behandeling haar in Nederland niet kon worden geboden, en om die reden, naar de commissie begrijpt, volledig dient te worden vergoed, overweegt de commissie als volgt. Indien bepaalde vormen van zorg in Nederland behoren tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering en deze vorm van zorg niet of niet tijdig in Nederland kan worden verkregen, kan verzoeker de zorgverzekeraar om een E 112-formulier verzoeken, op grond waarvan toestemming kan worden verleend voor de vergoeding van de behandeling in een andere lidstaat van de Europese Unie overeenkomstig het in die lidstaat geldende tarief. Daarvoor is wel noodzakelijk dat voorafgaande aan de behandeling een aanvraag daartoe is gericht aan de zorgverzekeraar, hetgeen volgt uit het arrest Stamatelaki van het Europese Hof van Justitie (zaak C-444/05, 19 april 2007, r.o.14-15). Nu verzoekster zich op 22 april 2009 tot dr. Vogl in Duitsland heeft gewend, en

zij eerst op 23 april 2009 per e-mail een aanvraag heeft ingediend bij de zorgverzekeraar voor haar behandeling, uit welke aanvraag overigens niet is gebleken om welke behandeling het in concreto zou gaan, kan een toetsing aan artikel 22 lid 1 sub c-i van EG-Verordening 1408/71 achterwege blijven.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 juli 2009,

Voorzitter