

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, acute maagafsluiting, vervolgon-
derzoeken waaronder een proeflaparotomie bij verdenking
Klatskintumor en het vervangen van stents, indicatie, beschik-
baarheid zorg
Zaaknummer : 2011.02223
Zittingsdatum : 9 mei 2012

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, artikel 26 verordening nr. 987/2009, de artt. 6:74 en 6:76 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C,

2) D, beide te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullende Zorgverzekering Basis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 vergoeding van de kosten van de behandeling van een acute maagafsluiting, een vervolgonderzoek – waaronder een proeflaparotomie en de daarbij behorende nazorg, inclusief het vervangen van stents – in de Universiteitskliniek in Essen (Duitsland), (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft geoordeeld dat bemiddeling in het onderhavige geschil niet zinvol is.

3.4. Bij brief van 1 januari 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 maart 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 20 maart 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 april 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012036389) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering af te wijzen op de grond dat verzekerde op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur voor geen hogere vergoeding in aanmerking komt dan de bedragen behorende bij de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC's. Een afschrift van het CVZ-advies is op 24 april 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 mei 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 mei 2012 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. Bij brief van 16 mei 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend medisch specialist heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "*irresectabele Klatskin tumor met mogelijk lymfogene metastasering*".
- 4.2. Verzoeker heeft zich, mede gezien zijn leeftijd (52 jaar), niet kunnen vinden in het gekozen traject van palliatieve behandeling, nu de maligniteit van de tumor, alsmede eventuele maligne metastasering niet vast stond. Om die reden heeft hij toestemming gevraagd voor een second opinion in het academisch ziekenhuis te Essen. Daar zou men hem mogelijk nog een curatieve behandeling kunnen bieden, een optie die de Nederlandse medisch specialist hem niet bood. Hij heeft dan ook een toestemmingsverzoek ingediend voor een second opinion in Essen. Deze toestemming is telefonisch verleend.
- 4.3. Bij terugkeer uit Essen heeft verzoeker, op 18 november 2010, direct toestemming gevraagd voor de vervolgbehandeling die hem is aangeraden door de behandelend medisch specialiste aldaar. Het betrof een proeflaparotomie met handelen naar bevinden. Hem werd in het vooruitzicht gesteld dat er een kans van 70% aanwezig was dat de tumor (deels) kon worden verwijderd. Gezien de levensverwachting van enkele maanden die verzoeker door de behandelend specialist in Nederland was voorge-

spiegeld, heeft hij bij het indienen van het toestemmingsverzoek aangedrongen op spoedige behandeling. Hij kon binnen vier dagen terecht in Essen en langer wachten kon, gezien zijn beperkte levensverwachting, in redelijkheid niet van hem worden verlangd.

- 4.4. Op 23 november 2010 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. De tumor heeft men daarbij niet kunnen verwijderen. Wel is nader onderzoek verricht naar de maligniteit. Verzoeker is daarna naar huis gezonden met de mededeling eind februari 2011 voor een electieve stentvervanging terug te komen, tenzij zich eerder een achteruitgang van de algemene toestand zou voordoen.
- 4.5. Op 2 februari 2011 is verzoeker naar Essen teruggekeerd, omdat hij een slikstoornis ontwikkelde. Deze was te wijten aan een maagobstructie ten gevolge van uitgroei van tumorweefsel. Hierop is bij verzoeker een 'Freka Easy-Innkombisonde' ingebracht, waarna hij het klinisch beeld van sepsis op basis van E-coli ontwikkelde. Verzoeker is hiervoor behandeld met intraveneuze antibiotica. Inmiddels werd duidelijk dat de invasieve weefselgroei niet als Klatskintumor kon worden gekwalificeerd. Op 22 februari 2011 heeft aansluitend de electieve stentwissel plaatsgevonden.
- 4.6. Uiteindelijk heeft verzoeker een bedrag van € 46.513,15 aan het universitaire ziekenhuis moeten voorschieten voor de daar ondergane zorg. Hij is van oordeel dat dit bedrag aan hem dient te worden vergoed, zonder verrekening van de eventuele restitutie-korting van 25%, aangezien het door de ziektekostenverzekeraar in Nederland gecontracteerde ziekenhuis hem uitsluitend palliatieve zorg wenste te verlenen op basis van een halfslachtige diagnose, terwijl het universitaire ziekenhuis in Essen de mogelijkheid wilde onderzoeken van een curatieve behandeling. Dat dit – naar achteraf is gebleken – niet is gelukt, maakt de rechtvaardiging van die keuze niet anders.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat nog altijd een deel van de kosten niet is vertaald in een passende DBC-code. Voorts stelt hij dat hij bij het overleggen van het dossier ter beslechting van het geschil geen andere informatie heeft aangereikt dan waar de ziektekostenverzekeraar al over beschikte ten tijde van de aanvraag. De door de ziektekostenverzekeraar geboden zorgbemiddeling heeft pas plaatsgevonden nadat verzoeker zich tot de behandelend arts in Duitsland heeft gewend.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat verzoeker, naar achteraf op grond van aanvullende informatie is komen vast te staan, wel een indicatie had voor de proeflaparotomie en eveneens recht had op vergoeding van de kosten van zorg voor de opname die samenhangt met de sepsis die hij heeft ontwikkeld. Hiervoor zijn dan ook zonder aftrek van de restitutie-korting vergoedingen vastgesteld naar Nederlands tarief, te weten voor de proeflaparotomie € 15.332,85 op basis van DBC-code 03.11.00.0332.0203, en voor de opname in verband met de sepsis € 5.302,71 op basis van DBC-code 18.11.00.0735.0203.

- 5.2. De ERCP-behandeling had in Nederland kunnen plaatsvinden. Om die reden wordt voor de vergoeding van deze behandeling 75% van € 5.420,68 uitgekeerd.
- 5.3. Met betrekking tot de redelijkheid van de termijn voor het al dan niet verlenen van toestemming op grond van Verordening 883/2004 wordt gesteld dat het niet eerder mogelijk was toestemming te geven voor de onderhavige behandelingen. De akkoordverklaringen zijn namelijk eerst tot stand gekomen door nieuwe informatie die is ontvangen met de aanreiking van het dossier in geschilprocedure.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de alle behandelingen die hebben plaatsgevonden, onderdeel zijn van één van de toegepaste DBC-codes.
Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker ook nog zorgbemiddeling is aangeboden.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 14 van de zorgverzekering en 9 van 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 of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de te Essen ondergane zorg, 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 zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Binnen de medisch-specialistische zorg maken wij verschil tussen:

a. Ziekenhuisopname (met verblijf/klinisch)(artikel 20.1.);

b Medisch-specialistische zorg zonder opname (zonder verblijf/niet-klinisch)(artikel 20.2.);

(…)

20.1. Ziekenhuisopname

20.1.1. Zorg waar u recht op hebt

U hebt recht op een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. U hebt hierbij ook recht op de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook hebt u tijdens de periode van opname recht op de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

20.1.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten plegen te bieden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van medisch-specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat,

(...)

Voor andere medisch-specialistische zorg zijn zorgadvies en akkoordverklaring niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch-specialist, jeugdarts of bedrijfsarts.

(...)

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg), een medisch-specialist (...) verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg).

20.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal 75 procent van het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.5. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.”

8.3. Met betrekking tot zorg in het buitenland bepaalt artikel 18 van de zorgverzekering, voor zover hier relevant, het volgende:

“18.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

(...)

Als u in Nederland woont, hebt u recht op:

a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;

b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in artikel 19. tot en met 42. Per zorgvorm lezen wat wij dan vergoeden.

18.2. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in dat land, ander Verdragsland of Nederland

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland of in Nederland en krijgt daar zorg dan hebt u naar keuze recht op:

- a. zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU socialezekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- b. zorg door een bevoegde zorginstelling of bevoegde zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;*
- c. vergoeding van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in artikel 19. tot en met 42. per zorgvorm lezen wat wij dan vergoeden.*

(...)

18.4. Tarief en akkoordverklaring

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgverlener of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten dan kan het voor u vooraf niet altijd duidelijk zijn of u die zorg geheel, deels of misschien helemaal niet vergoed krijgt. Daarom raden wij u aan bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf onze zorgadvisering aan te vragen. Wij kunnen u dan vertellen:

- a. of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;*
- b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;*
- c. en of u voor deze zorg bij zorgverleners terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. Want gaat u dan naar een zorgverlener met wie wij geen afspraken hebben gemaakt, dan krijgt u minder vergoed (zie artikel 15.5).*

Als wij een akkoordverklaring geven, kan het misschien zelfs zo zijn dat wij meer vergoeden dan wij in artikel 15.4. in deze voorwaarden hebben vastgelegd.

(...)"

8.4. Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding bepaalt artikel 15 van de zorgverzekering, voor zover hier van belang:

"(..."

15.2. Geen toepassing lager tarief

U hebt recht op bemiddeling en recht op vergoeding van zorg zonder dat wij de verlaging van het tarief van artikel 15.5. toepassen, door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten als:

- a. u de zorg die u nodig hebt niet of niet tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. Wat tijdige zorgverlening is, hangt ervan af wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is; of*
- b. u de zorg die u nodig hebt alleen op grote afstand van uw woonplaats kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten; of*
- c. de zorg die u nodig hebt niet in uw nabijheid of woonplaats op een kwalitatief verantwoorde manier kan worden geboden.*

Wij vergoeden het algemene tarief van artikel 15.4. aan u.

Vraagt u in deze gevallen vooraf ons zorgadvies en een akkoordverklaring aan bij de afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

15.3. Acute zorg (spoed)

Gaat het om acute zorg die niet kan worden uitgesteld, dan gaan wij er vanuit dat u een akkoordverklaring hebt gekregen voor de zorg door een zorgverlener, leverancier of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, ook al hebt u deze dan dus niet van tevoren bij ons aangevraagd. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze acute zorg. Bij acute zorg is geen verwijzing vereist. Wij vergoeden deze acute zorg zoals in artikel

15.4 staat aangegeven.

15.4. Algemeen tarief

Wij vergoeden volgens artikel 15.2 de zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten na onze akkoordverklaring volgens de verzekeringsvoorwaarden nadat we de rekening hebben ontvangen tot maximaal:

- a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of*
- b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat. Wij gaan dan uit van het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven.*

15.5. Lager tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten terwijl u in uw situatie tijdig passende zorg kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebbengesloten? In dat geval verlagen wij de vergoeding met 25 (vijfentwintig) procent. Wij vergoeden dus 75 (vijfenzeventig) procent van de zorg gerekend over het laagste van het volgende tarief / bedrag:

- a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of*
- b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld geen of een hoger (maximum-)tarief bestaat. Het "marktconform bedrag" is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.*

(...)"

- 8.5. De artikelen 15, 18 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar 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. In artikel 2.2 van het Bzv wordt bepaald dat kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn, in mindering worden gebracht op de vergoeding.
Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.8. Artikel 26 van Verordening 987/2009 stelt een regeling vast voor de toestemmingsprocedure voor het verkrijgen van zorg in een andere lidstaat dan de lidstaat van aansluiting (verzekering).
Met betrekking tot de toestemming regelt lid 2 van dit artikel:

“Is binnen de in de nationale wetgeving vastgestelde termijnen geen antwoord ontvangen, dan wordt de toestemming geacht door het bevoegde orgaan te zijn verleend.”

- 8.9. Afdeling 9 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek bepaalt ten aanzien van de gevolgen van het niet nakomen van een verbintenis, voor zover hier relevant, het volgende.

“Artikel 74

1. Iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis verplicht de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.

(...)

Artikel 76

Maakt de schuldenaar bij de uitvoering van een verbintenis gebruik van de hulp van andere personen, dan is hij voor hun gedragingen op gelijke wijze als voor eigen gedragingen aansprakelijk.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op basis van artikel 26 lid 2 van toepassingsverordening 987/2009 dient een verzoek om toestemming voor een behandeling in een andere lidstaat door het bevoegde orgaan te worden genomen binnen de daartoe gestelde wettelijke termijnen. Bij het uitblijven van een tijdige beslissing, wordt de toestemming geacht te zijn verleend. Hoewel de Nederlandse wetgever daartoe geen termijnen bij wet heeft gesteld, staat dit aan toepassing van eerdergenoemd artikel niet in de weg. Hierbij dient, naar het oordeel van de commissie, in ieder geval rekening te worden gehouden met de aard van de aandoening en het te verwachten ziekteverloop. In dit geval was de diagnose “Klatskin met een verwachte levensduur van drie maanden”. Een beslistermijn van drie maanden is tegen die achtergrond zonder meer te lang. De ziektekostenverzekeraar heeft ter rechtvaardiging aangevoerd dat de aanvraag niet compleet was. Verzoeker heeft hier tegen ingebracht dat de uiteindelijke beslissing is genomen op grond van de aanvankelijk door hem overgelegde informatie. De ziektekostenverzekeraar heeft dit laatste niet gemotiveerd bestreden. Onder de gegeven omstandigheden zou de ziektekostenverzekeraar dan ook moeten overgaan tot tarifiering, teneinde de vergoeding op basis van het Duitse socialezekerheidsstelsel te bepalen.
- 9.2. Tarifiering kan in dit geval echter achterwege blijven. De commissie is van oordeel dat van de ziektekostenverzekeraar, rekening houdend met verzoekers medische situatie, de wetenschap dat de beslistermijn – kennelijk in afwachting van bepaalde informatie – alleen maar langer werd, en de mogelijkheid dat uiteindelijk een afwijzende

beslissing zou kunnen volgen, tegen de achtergrond van de bestaande zorgplicht een actievere rol had mogen worden verwacht.

Dit klemt te meer, nu van verzoeker, gezien zijn ervaringen daar, in redelijkheid niet mocht worden verwacht dat hij zich – op basis van de uitkomst van de second opinion – voor verdere behandeling zou wenden tot het door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde academische ziekenhuis, alwaar hij eerder, zonder nader onderzoek, naar huis was gezonden met een levensverwachting van drie maanden. Een alternatief voor de behandeling in Essen ontbrak derhalve. De ziektekostenverzekeraar was met dit alles bekend uit hoofde van het toestemmingsverzoek en had hier naar moeten handelen door verzoeker tijdig naar een andere – gecontracteerde – zorgverlener te begeleiden. Uit het dossier blijkt niet dat dit is gebeurd. Pas in tweede instantie heeft wel verwijzing plaatsgevonden.

- 9.3. Gezien het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst, meer specifiek de zorgplicht. Nakoming is intussen niet meer mogelijk zodat de ziektekostenverzekeraar schadeplichtig is.

Zou verzoeker verder zijn behandeld door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, dan zouden hem – verzoeker heeft een naturapolis zonder vrijwillig eigen risico – geen andere kosten in rekening zijn gebracht dan het bedrag van het verplichte eigen risico. Thans ziet verzoeker zich geconfronteerd met nota's ten bedrage van in totaal € 46.513,15, die door de ziektekostenverzekeraar slechts ten dele zijn vergoed. De schade voor verzoeker die hier het rechtstreekse gevolg van is bestaat concreet uit het voor zijn rekening gebleven deel van de kosten, verminderd met het eventueel nog te verrekenen bedrag ter zake van het verplichte eigen risico. De ziektekostenverzekeraar dient deze schade volledig te vergoeden.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 1 juni 2012,

Voorzitter