



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, in zijn hoedanigheid van erfgenaam van wijlen mevrouw C , tegen D te E
Zaak : EU/EER, Duitsland, behandeling met Removab®, wanprestatie
Zaaknummer : 201200350
Zittingsdatum : 14 mei 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, artt. 20 Vo. nr. 883/2004, 6:74 BW)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van erfgenaam van wijlen mevrouw C , hierna te noemen: erflaatster,

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basisaanvullende regeling en Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van behandeling met Removab®, uitgevoerd te Dornstetten, Duitsland, ten behoeve van erflaatster, ten bedrage van € 57.994,66 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen en hem gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor te leggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten over te gaan tot tarifiering, waarna een vergoeding van € 7.038,96 is verleend.

3.3. Bij brief van 21 januari 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.4. 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.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 maart 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 maart 2014 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 maart 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 mei 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 4 maart 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (thans het Zorginstituut Nederland, hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014026332) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat catumaxomab ten tijde van de behandeling van erflaatster nog niet was beoordeeld aan de hand van het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Aangezien de ziektekostenverzekeraar reeds is overgegaan tot vergoeding is een zorginhoudelijke beoordeling niet aan de orde. Voor catumaxomab bestond geen aanvullende financiering op basis van de beleidsregel "dure geneesmiddelen" van de Nederlandse Zorgautoriteit (BDG). Het genoemde tarief van de Duitse Allgemeine Ortskrankenkasse (hierna: AOK) is niet verifieerbaar. Omdat catumaxomab niet was opgenomen in de BDG kan niet worden gesproken van een declareerbare prestatie, en dus een tarief, voor dit geneesmiddel. Er kan niet zonder meer worden aangenomen dat de kosten van (dure) geneesmiddelen, zoals catumaxomab, verdisconteerd zouden zijn in DBC-tarieven, temeer wanneer redelijkerwijs verwacht kan worden dat deze potentieel in aanmerking kwamen voor opname in de BDG. Het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) kan derhalve niet verwijzen naar het Nederlandse tarief op basis van een DBC-code. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 9 mei 2014 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 mei 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 juni 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 8 juli 2014 gereageerd op de onder 3.9 genoemde brief van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 9 juli 2014 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 25 juli 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Erflaatster was gediagnosticeerd met adenocarcinoom. In Nederland was zij onder behandeling van dr. Boot van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (hierna: AVL). Op 25 mei 2011 is tijdens een consult bij dr. Boot gesproken over de mogelijkheid van behandeling met het middel Removab® (werkzame stof: catumaxomab). De arts deelde echter mede dat de behandeling met dit middel in Nederland niet mogelijk was. De enige optie was een behandeling in het buitenland, en dr. Boot gaf hiervoor groen licht. Na uitvoerig onderzoek is gekozen voor de Privatkliniek Dr. Ursula Jacob in Dornstetten. Door verzoeker is telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Uit dit gesprek kwam naar voren dat de procedure voor een aanvraag voor zorg in het buitenland ongeveer tien werkdagen in beslag zou nemen. Daarnaast bleek een verklaring van de behandelend arts vereist. Aangezien kostbare tijd verloren zou gaan, is met de ziektekostenverzekeraar afgesproken dat de declaratie ten tijde van of na de behandeling zou worden ingediend. De medische verklaring stond daarbij centraal. Naar aanleiding van deze afspraak is dr. Boot direct in kennis gesteld van het verzoek een dergelijke verklaring af te geven.
- 4.2. Op 13 juni 2011 heeft onderzoek plaatsgevonden in de kliniek in Duitsland en is bloed afgenomen. Erflaatster bleek in redelijke conditie en indien het bloedonderzoek positief was, kon meteen worden gestart met de eerste behandeling met Removab® gedurende drie à vier weken. Een tweede behandeling zou twee maanden later volgen. Een vereiste voor de behandeling was het plaatsen van een Port-a-Cath (hierna: PAC) of een Centraal Veneuze Lijn (hierna: CVL). Bij terugkeer in Nederland is direct contact opgenomen met het AVL voor het plaatsen

van een PAC, een en ander in verband met de geplande opname in de kliniek in Duitsland tien dagen later. Helaas verliep dit contact moeizaam en werd uiteindelijk een afspraak gepland voor 1 juli 2011. In de tussentijd werd bekend dat het resultaat van het bloedonderzoek positief was, zodat de behandeling met Removab® direct kon starten. De afspraak voor het plaatsen van een PAC in het AVL kon echter niet worden vervroegd. Helaas traden er in de week van 27 juni 2011 complicaties op bij erflaatster. Bij aankomst in het AVL op 1 juli 2011 werd het plaatsen van een PAC uitgesteld en werden diverse onderzoeken uitgevoerd. Overigens was dr. Boot op dat moment niet aanwezig. Uit de onderzoeken bleek dat sprake was van obstructies, die uiteindelijk hadden geleid tot complicaties. Een second en third opinion konden deze conclusie echter niet bevestigen. Erflaatster en haar familie hebben na een aantal dagen aangedrongen op het plaatsen van een CVL en toediening van Totale Parenterale Voeding (hierna: TPV). De artsen in het AVL wezen dit af. Ook klachten over het harde matras leverden niets op. Een en ander leidde tot gewichtsverlies en zwakte. Na meer dan twee weken kwam het onverwachte bericht dat een CVL zou worden geplaatst bij erflaatster en dat zou worden gestart met TPV. Het positieve effect hiervan was al na enkele dagen zichtbaar.

- 4.3. Na stabilisatie is erflaatster - met haar familie - op 2 augustus 2011 naar Duitsland gegaan. Aldaar werd direct onderzoek uitgevoerd. Hieruit kwam naar voren dat erflaatster gewicht had verloren en decubitus had opgelopen. Er is gestart met de behandeling met Removab® en een behandeling tegen decubitus. Deze eerste behandeling is succesvol geweest; na enkele weken was een duidelijke vooruitgang zichtbaar. In de week van 19 september 2011 heeft een consult bij dr. Boot plaatsgevonden en is in het AVL een CT-scan uitgevoerd. Hieruit kwam naar voren dat de behandeling met Removab® tot op zekere hoogte had geholpen. Dr. Boot was van mening dat een tweede behandeling zinvol zou zijn, mits het bloed geen antistof had aangemaakt tegen de werkzame stof. Bloedonderzoek wees uit dat een tweede behandeling mogelijk was.
- 4.4. Verzoeker verklaart dat het in beginsel de bedoeling was voorafgaand aan de behandelingen in Duitsland goedkeuring te vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Tijdens het telefonisch contact in mei 2011 is door de ziektekostenverzekeraar echter verklaard dat declaratie achteraf ook mogelijk was, waarbij nog wel een medische verklaring vereist was. Verzoeker heeft er alles aan gedaan de declaratie zo snel als mogelijk in orde te maken. Aangezien pas op 1 oktober 2011 de medische verklaring van dr. Boot werd ontvangen, heeft dit proces lang geduurd. Op 28 november 2011 deelde de ziektekostenverzekeraar mede niet over te gaan tot vergoeding aangezien de behandeling met Removab® als experimenteel heeft te gelden. Na een ingediende klacht werd op 24 januari 2012 telefonisch aan verzoeker medegedeeld dat de medisch adviseur zich over de kwestie zou buigen, maar dat zo goed als zeker was dat vergoeding zou worden afgewezen, omdat Removab® zich in Nederland in de experimentele fase bevindt. Hierdoor wordt de behandeling met het middel geclassificeerd als ondoelmatige zorg en vallen de kosten niet onder de dekking van de zorgverzekering. Hierop heeft verzoeker nogmaals zijn betoog gehouden. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar gaf toe dat het krom was, maar dat hij niet kon afwijken van de voorwaarden. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen wijzigde het standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Behandeling met Removab® voldeed ineens wel aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker stelt dat dit uiteraard in oktober 2011 ook al het geval was, en dat het derhalve onredelijk is dat hij zeven maanden heeft moeten wachten op een gedeeltelijke vergoeding. Tevens kwam naar voren dat de behandeling met Removab® door de ziektekostenverzekeraar is ingekocht bij een gecontracteerde zorgverlener in Duitsland. Verzoeker voert aan dat in het eerste contact met de ziektekostenverzekeraar in mei 2011 niet is gesproken over een gecontracteerde zorgverlener in Duitsland. Ook in de latere communicatie met de familie van erflaatster is dit niet aan de orde gekomen. Indien dit wel was gebeurd, hadden de behandelingen door de gecontracteerde zorgverlener kunnen worden uitgevoerd. Deze mogelijkheid is erflaatster ontnomen door de ziektekostenverzekeraar. De familie van erflaatster was financieel niet in staat nog een behandeling voor te schieten. Dit betekent dat aan erflaatster bewust de zorg is onthouden waarop zij recht had. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in haar voortijdig overlijden. De totale kosten, ten bedrage van € 57.994,66, komen thans voor rekening van de erfgenamen. De ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot vergoeding hiervan, aangezien is gehandeld in strijd met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, het Burgerlijk Wetboek en de bestaande zorgplicht. De gang van zaken is gemakzuchtig, onzorgvuldig, nalatig en misleidend geweest. Er is sprake van wanprestatie, hetgeen resulteert in een verplichting tot schadevergoeding.
- 4.5. Voorts voert verzoeker aan dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code niet bestaat. Gelet op de intramurale behandeling die erflaatster in Duitsland heeft ondergaan, is uitermate belangrijk te weten welke DBC-code van toepassing is. Er zijn twijfels of de ziektekostenverzekeraar een juiste beoordeling heeft uitgevoerd.

Verzoeker verwijst in dit kader naar een onderzoek waaruit blijkt dat een gemiddelde verpleegdag in Nederland € 1.864,-- kost. Dit bedrag is aanzienlijk hoger dan het bedrag van een verpleegdag in de kliniek in Duitsland, te weten € 1.469,--. Het is zodoende een raadsel hoe bij de tarifiering is gekomen op een bedrag van € 7.038,96. Uitgaande van dertig dagen intramurale behandeling en verpleging, zou dit uitkomen op een gemiddelde van € 235,-- per verpleegdag.

- 4.6. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat thans wordt vastgehouden aan het DBC-tarief en het tarief van de AOK. Er kan echter niet zonder meer worden aangenomen dat alle gemaakte kosten zijn verdisconteerd in de DBC. Gezien de kritieke toestand van erflaatster, was onderhavige behandeling de enige mogelijkheid. Dit is reden om af te wijken van de standaard. Tot slot stelt verzoeker dat de aard van de behandeling voorafgaand bekend is gemaakt aan de ziektekostenverzekeraar.
- 4.7. Nadien is door verzoeker herhaald dat de ziektekostenverzekeraar de gewenste zorg wel heeft ingekocht, maar destijds niet heeft aangeboden. Dit terwijl specifiek om een behandeling met Removab® is gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft erflaatster dan ook bewust laten opdraaien voor de kosten. Voorts verklaart verzoeker het onbegrijpelijk te vinden dat wordt vastgehouden aan het tarief van de AOK, terwijl dit tarief niet verifieerbaar is, zelfs niet door het Zorginstituut. Tot slot wijst verzoeker er op dat de ziektekostenverzekeraar een DBC-code heeft gehanteerd die te algemeen is. Dit blijkt uit het advies van het Zorginstituut. Zodoende is niet gekeken naar de specifieke situatie van erflaatster. De verleende vergoeding is niet passend.
- 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. Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland tot maximaal de Nederlandse Wmg-tarieven (artikel 9.1 van de zorgverzekering). Ziekenhuizen en verzekeraars in Nederland werken met Diagnose Behandel Combinaties (hierna: DBC). Een DBC is een optelsom van de diagnose van de specialist en de (eventuele) ziekenhuisbehandeling die hieruit volgt. Diagnose en behandeling bepalen samen één prijs die het ziekenhuis achteraf in rekening brengt.
- 5.2. Behandeling met Removab® voor de indicatie maligne ascites bij EpCAM-positieve carcinomen, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze zorg is ingekocht bij een gecontracteerde zorgverlener in Duitsland. Erflaatster was geïndiceerd voor de behandeling met Removab®. Een en ander in tegenstelling tot de eerdere afwijzing. De vergoeding voor de behandeling met Removab® is gebaseerd op DBC-code 03131109145403 met bijbehorend tarief van € 6.752,81. Het bloedonderzoek dat erflaatster heeft ondergaan valt onder deze vergoeding.
- 5.3. Indien de toestemming ten onrechte was geweigerd, zou aanspraak bestaan op vergoeding conform het Duitse sociale verzekeringsstelsel. Daarom is op verzoek van de Ombudsman Zorgverzekeringen overgegaan tot tarifiering. Volgens de Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) had erflaatster in Duitsland recht op een vergoeding van € 7.038,96 voor de behandeling met Removab®. Op grond van Europese verordeningen met nummers 1408/71 en 574/72 had verzoekster daarom recht op een aanvullende vergoeding van € 287,15. Dit bedrag is nabetaald.
- 5.4. De zoon van erflaatster heeft voorafgaand aan de behandeling contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar inzake de aanvraag voor zorg in het buitenland. Uit de registratie van dit gesprek blijkt dat hem is medegedeeld dat een aanvraag pas inhoudelijk kan worden beoordeeld, indien de aard van de behandeling is vastgesteld. Uit de registratie kan niet worden opgemaakt of is gesproken over of gevraagd naar gecontracteerde zorgverleners in Duitsland. De ziektekostenverzekeraar ziet zodoende geen aanleiding verzoeker financieel tegemoet te komen.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de nabestaanden van erflaatster een moeilijke tijd doormaken.

- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de eerste afwijzing van 28 november 2011 onvolledig was. Het zou gaan om een geneesmiddel dat niet was geregistreerd en experimenteel was. Later heeft de medisch adviseur geconcludeerd dat wel een vergoeding mogelijk was bij de indicatie van erflaatster. Er is toen een vergoeding vastgesteld en daarna is nog getarifeerd. Het hoogste bedrag is overgemaakt. Voorts verklaart de ziektekostenverzekeraar dat voorafgaand aan de behandeling contact heeft plaatsgevonden tussen de familie van erflaatster en de ziektekostenverzekeraar. Toen was niet duidelijk welke behandeling zou worden uitgevoerd. De Helios kliniek is vanaf 1 juli 2009 gecontracteerd. Aangezien de aard van de behandeling onduidelijk was kon niet worden verwezen naar de Helios kliniek. Overigens is het punt van bemiddeling naar een gecontracteerde zorgverlener, in casu de Helios kliniek, pas op een later moment in de procedure aan de orde gekomen.
- 5.7. Nadien is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat voor de behandelingen in de gecontracteerde Helios kliniek het tarief dat de AOK heeft vastgesteld, wordt vergoed. Uit tarifiering is gebleken dat voor de behandeling die erflaatster heeft ondergaan, volgens de AOK een vergoeding van € 7.038,96 geldt. Dit tarief zou derhalve zijn betaald indien erflaatster zou zijn behandeld in de Helios kliniek. Aangezien dit bedrag inmiddels is vergoed, bestaat geen aanspraak op een hogere vergoeding.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

u hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

Door:

medisch specialist. (...)

Verwijsbrief:

huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming:

u hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. (...)

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- *zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- *zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)*

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen hebt u voor het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, onze voorafgaande toestemming nodig. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht. (...)

- 8.5. De artikelen 9 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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 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 kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.7. 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.
- 8.8. Artikel 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft zorg in het buitenland en luidt:

"Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Omschrijving:

de in het betreffende EU-/EER-land of verdragsland van toepassing zijnde wettelijke bijdragen voor niet-spoedeisende zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, zoals bijvoorbeeld remgelden in België en Selbstbeteiligung of Praxisgebühr in Duitsland. De vergoeding van die zorg moet plaatsvinden op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of het socialezekerheidsverdrag.

Vergoeding:

ten hoogste € 1.000,00 per kalenderjaar."

8.9. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

8.10. Artikel 6:74 lid 1 BW luidt:

"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."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Erflaatster is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. De door de ziektekostenverzekeraar genoemde verordeningen zijn reeds met ingang van 1 mei 2010 vervangen door Vo. nr. 883/2004 en Vo. nr. 987/2009, en waren ten tijde van het geschil niet meer van toepassing.
- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling in Duitsland telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Dit is door de ziektekostenverzekeraar erkend. Bij die gelegenheid is de procedure met betrekking tot geplande zorg in het buitenland besproken. Door de ziektekostenverzekeraar is medegedeeld dat voorafgaande toestemming is vereist en dat het eventueel verlenen hiervan een aantal werkdagen kan vergen. Vast staat dat de toestemming afhankelijk was van nog door verzoeker aan te leveren medische bescheiden.
- 9.3. Door verzoeker is gesteld dat hij met de ziektekostenverzekeraar had afgesproken dat de declaratie ten tijde van of na afloop van de behandeling kon worden ingediend. Dit argument kan verzoeker niet baten. Een dergelijke afspraak impliceert immers niet dat daarmee zonder meer toestemming is verleend voor de behandeling. Ook voor verzoeker was duidelijk dat de al dan niet te verlenen toestemming afhankelijk was van de uitkomst van de beoordeling op basis van de door hem in te sturen medische gegevens.
- 9.4. Een en ander leidt tot de conclusie dat erflaatster met de behandeling in Duitsland is gestart zonder de noodzakelijke voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Gevolg hiervan is dat de verordeningen buiten toepassing blijven en dat een eventueel recht op vergoeding moet worden gebaseerd op de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.5. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband aanvankelijk gesteld dat de onderhavige behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is - en daarmee geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering -, dat erflaatster geen indicatie had voor de behandeling, en dat de behandeling niet doelmatig is. Nadien heeft hij deze standpunten echter verlaten, en heeft hij een vergoeding verleend van € 6.752,18. Hierbij is hij uitgegaan van DBC 03131109145403. Door het Zorginstituut is in het advies van 7 mei 2014 opgemerkt dat niet zonder meer kan worden aangenomen dat de kosten van dure geneesmiddelen, zoals Removab®, zijn verdisconteerd in het tarief, temeer indien redelijkerwijs kan worden verwacht dat Removab® ten tijde van de behandeling potentieel in aanmerking kwam voor opname in de Beleidsregel Dure Geneesmiddelen van de

Nederlandse Zorgautoriteit. Het Zorginstituut verklaart echter tevens dat voor Removab® op dat moment (nog) geen aanvullende financiering bestond op basis van genoemde beleidsregel. De commissie concludeert op grond hiervan dat uitsluitend het DBC-tarief van € 6.752,18 rechtsgeldig kon worden gedeclareerd en door de ziektekostenverzekeraar behoefde te worden vergoed. Op een hogere vergoeding bestaat binnen de systematiek van de zorgverzekering geen aanspraak.

- 9.6. De commissie overweegt in dit verband nog dat indien erflaatster voorafgaande toestemming had gevraagd en gekregen, aanspraak zou hebben bestaan op vergoeding conform de Duitse sociale ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot tarifiering en hieruit is naar voren gekomen dat op grond van het Duitse stelsel een bedrag van € 7.038,96 zou zijn vergoed. Volgens het Zorginstituut is genoemd bedrag niet verifieerbaar. De commissie merkt hierover op dat zij niet bevoegd is de opgave van het Duitse uitvoeringsorgaan op juistheid te controleren. Het opgegeven bedrag vormt een gegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 287,15 nabetaald, zodat moet worden aangenomen dat verzoeker hiermee in dezelfde situatie verkeert als waarin hij zich zou hebben bevonden indien de aanvraag was gehonoreerd en ten behoeve van erflaatster een S2-formulier was afgegeven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor niet-spoedeisende zorg in (onder meer) een andere EU-lidstaat. Voorwaarde is dat de vergoeding dient plaats te vinden op grond van de Europese verordening. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. Uit de tarifieringsformulieren en de nota's blijkt niet van een eigen bijdrage op grond van de Duitse sociale zekerheidswetgeving die geldt voor onderhavige zorg. Zodoende is geen sprake van een wettelijke eigen bijdrage in de zin van artikel 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering, en bestaat in dat kader geen aanspraak op een aanvullende vergoeding.

Werking privaatrecht


- 9.8. Door verzoeker is gesteld dat zorgbemiddeling had moeten worden aangeboden. Uit artikel 11 lid 1 sub b Zvw valt op te maken dat zorgbemiddeling een onderdeel vormt van de zorgplicht, echter alleen indien sprake is van een restitutieverzekering. In dit geval betreft het een naturaverzekering en bestaat zonder meer aanspraak op de verzekerde zorg en diensten zonder meer. Het is dan wel aan de verzekerde de ziektekostenverzekeraar hierop aan te spreken (zie Rechtbank 's-Gravenhage, 13 oktober 2010, ECLI:NL:RBSGR:2010:BO0436). In dit geval is dat niet gebeurd, omdat immers toestemming is gevraagd voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dat eventuele alternatieven zijn overwogen of besproken, is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt.
- 9.9. Ook anderszins is niet gebleken van een tekortkoming in de nakoming door de ziektekostenverzekeraar. Op enig moment lag het initiatief tot het ondernemen van de volgende stap namelijk geheel bij verzoeker. Hij wist dat hij medische gegevens diende aan te leveren en was hiertoe door omstandigheden die voor zijn risico komen pas in staat in oktober 2011. Deze vertraging is de ziektekostenverzekeraar niet toe te rekenen. Het verwijt dat deze gemakzuchtig, onzorgvuldig en nalatig is geweest treft dan ook geen doel. Ook valt de ziektekostenverzekeraar niet toe te rekenen dat is gestart met de behandeling zonder dat duidelijkheid bestond over de financiële consequenties. Erflaatster heeft door te starten met de behandeling zonder voorafgaande toestemming en zonder na te gaan welke vergoeding zij op grond van de zorgverzekering zou kunnen ontvangen, het risico aanvaard dat de hieraan verbonden kosten voor een deel voor haar rekening zouden blijven.

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, 27 augustus 2014,

 Voorzitter