



Partijen : Mevrouw A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : EU-EER, België, behandeling lymfangioom, tijdige beschikbaarheid zorg in Nederland
Zaaknummer : 201701383
Zittingsdatum : 31 oktober 2018



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 6:74 BW en art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatieve ingreep ter behandeling van een lymfangioom te Brussel, België (verder: de aanspraak). Bij brief van 19 juni 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de aanspraak slechts gedeeltelijk in te willigen, namelijk tot een bedrag van € 4.257,01.

3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 juli 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.4. Bij brief van 26 maart 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (*Geschillencommissie leden*).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 juli 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 juli 2018 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft niet medegedeeld of zij wil worden gehoord, waarna zij is uitgenodigd om de hoorzitting in persoon bij te wonen. De

zorgverzekeraar heeft op 11 september 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.8. Bij brief van 20 juli 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 16 augustus 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018037526) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcode in de onderhavige situatie het meest passend is.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 31 augustus 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. In vervolg op de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar bij brief van 1 november 2018 in de gelegenheid gesteld te onderzoeken welke gecontracteerde zorgaanbieder de betreffende ingreep bij verzoekster kan verrichten en haar daarover binnen zeven dagen te berichten. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 november 2018 de uitkomst van zijn onderzoek medegedeeld. Een afschrift hiervan is op 21 november 2018 aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen tien dagen te reageren.
- 3.11. Bij brief van 5 december 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en het nagekomen stuk gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 10 december 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en het nagekomen stuk 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 verzoekster

- 4.1. De huisarts heeft, voor zover hier van belang, over verzoekster het volgende verklaard: “(...) *Graag uw behandelingen ivm lymfoedeem arm en borstkas. De aandachtspunten: 01-1989 Lymfoedeem arm L aangeboren, status na vele OK's 07-2010 Borderline persoonlijkheidsstoornis 04-2016 Geneesmiddelbijwerking: Amoxicilline 05-2016 Geen afvloed via diepe systeem li arm 06-2016 Astma, niet allergisch 07-2016 Rechts convexe thoracale scoliose 08-2016 Mamma asymmetrie tgv lymfangioom li thorax 11-2016 Rookt 11-2016 Overgewicht QI/BMI (=):25,69 (...)*”.
- 4.2. *De behandelend plastisch chirurg te Brussel heeft over verzoekster, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: “Wij zagen deze patiënte op onze consultatie plastische heelkunde betreffende een lymfangioma aan haar linker thoraxhelft, oksel, arm en hand, gekend congenitaal, en die reeds 9 operaties heeft ondergaan in het verleden met recidiverende chronische wonden en infecties waarvoor meermaals opname voor intraveneuze antibiotica. Haar verdere voorgeschiedenis is blanco. Bij klinisch onderzoek zien we inderdaad een diep typisch lymfangioma filtrerend in de huid en subcutane weefsels met meerdere vesikels die open zijn en lekken. Op de MRI zien we inderdaad bevestiging voor een lymfangioma zoals boven beschreven. Gezien de uitgebreidheid van haar letsels is aan de patiënte het volgende voorgesteld: - in eerste instantie: brede excisie van het lymfangiomateuze letsel ter hoogte van haar linker bovenste lidmaat. Gezien de uitgebreidheid van het letsel, is er voorgesteld bij de patiënte een bi-pedicled DIEP-flap met lymfeklieren unilateraal uit te voeren. - In tweede instantie kan de thorax worden aangepakt voor verdere excisie van de letsels welke onmogelijk zou zijn in 1 ingreep. (...)*”
- 4.3. Verzoekster heeft een lymfangioom in haar linkerarm, borst en rug. Zij is hieraan in haar jeugd al negen keren geopereerd te Moskou. Verzoekster kan in Nederland niet voor de aandoening worden behandeld. Zij heeft in dit verband verschillende ziekenhuizen geconsulteerd. Daarbij heeft verzoekster - als gevolg van de aandoening - vanaf haar veertiende levensjaar al last van een open wond, die regelmatig ontstoken raakt. Voor deze ontstekingen wordt zij vaak opgenomen in het ziekenhuis, alwaar zij dan wordt behandeld met antibiotica. Door de vele opnames en de pijn

wordt verzoekster ernstig belemmerd in haar dagelijks leven. Zij heeft bijvoorbeeld geen opleiding kunnen afronden of ergens vast kunnen werken. Na negentien jaren heeft verzoekster eindelijk een ziekenhuis in België gevonden waar het lymfangioom kan worden behandeld. Deze behandeling is dringend noodzakelijk, omdat zij immuun aan het worden is voor antibiotica. De behandeling in België is verzoeksters laatste hoop op een langer leven.

- 4.4. De behandeling in België kost € 19.750,--. De zorgverzekeraar wil hiervan maar € 4.251,01 vergoeden. Verzoekster vindt dat hij de kosten van de ingreep volledig moet vergoeden. Zij voert in dit verband aan dat de zorgverzekeraar met de toekenning van de machtiging heeft erkend dat zij in Nederland is uitbehandeld. Ook heeft hij in Nederland geen alternatief gevonden voor de onderhavige behandeling. Bovendien was de beperking van de hoogte van de vergoeding van de zorgkosten op grond van een DBC-zorgproductcode verzoekster niet bekend. Dit is haar ook niet door de zorgverzekeraar medegedeeld voorafgaand aan het aangaan van de zorgverzekering. Verder wordt geen specificatie gegeven van genoemd bedrag.
- 4.5. Gedurende de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster een verklaring van haar behandelend chirurg in Nederland overgelegd. Hierin is, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *“Uw patiënte [naam en geboortedatum verzoekster] zagen wij op 24-01-2018 op de polikliniek chirurgie, locatie Franciscus Gasthuis. Allergieën Amoxicilline, ernst: Ernstig (anafylactisch). RvO/ erysipelas, dd lymfangitis VG/ Congenitaal lymfoedeem linker arm, bij geen lymfeklieren aldaar en dus geen afvloed diepe systeem, wel oppervlakkig systeem met meerdere keren erysipelas - Mammaprothesen bdz gezien verschil in mamma door lymfangioom - 8 maal operatie in Moskou van 1e tot 9e jaar) gecompl door infecties (...) AS/ fragmin 2500 AB/ clindamycine oraal 5-5 gestart, hiervoor floxapen. Beloop 3-5 BK pos. voor heam streptokokken groep B. Lichamelijk onderzoek Wond mediaal elleboog links, open, vochtverlies = lymfe. Bekende meerdere littekens aan de arm. Nu ook zwelling lat thoraxwand en richting bekken. Beloop Gaat nu wel maar toename lymfoedeem en uitbreiding ook thoracaal. [Naam behandelend arts van verzoekster te België] Zh Brussel zegt er wel wat aan te kunnen doen, ook daar MRI laten maken en besproken. Conclusie Advies: overleggen met verzekeraar, mi geen behandeling in Nederland mogelijk, geen ervaring mee. Complicaties 2017 Geen complicatie (...)”*
- 4.6. Volgens verzoekster is vergoeding van de kosten van de behandeling in België voor de zorgverzekeraar op de lange termijn voordeliger. De huidige behandeling kost hem namelijk om en nabij de € 1.000,-- per maand. Dit bedrag is exclusief de kosten van de vele opnames en de medicatie.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij geen verzoek voor zorgbemiddeling heeft gedaan, omdat zij niet verwacht dat de behandeling beschikbaar is bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Zij heeft al vele ziekenhuizen in Nederland geconsulteerd en aldaar kon men haar niet behandelen. Voorts vindt verzoekster de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcode niet passend en licht zij toe dat de operatie die bij haar zal worden verricht dermate uitvoerig is dat zij zich niet kan voorstellen dat er ook maar één ziekenhuis is dat deze ingreep voor totaal € 5.321,-- kan uitvoeren.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. Artikel 9 van de verzekeringsvoorwaarden biedt dekking voor zorg in het buitenland. Op basis hiervan heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster een machtiging toegekend voor de behandeling in België. Hij merkt hierbij op dat hij haar heeft aangeboden een S-2 formulier af te geven. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft beoordeeld dat DBC-zorgproductcode 990004022 met omschrijving *'een ziekenhuisopname in verband met een zeer grote en uitgebreide hersteloperatie door een plastisch chirurg'* de meest passende code is voor de onderhavige behandeling. Het tarief dat aan de DBC-zorgproductcode is gekoppeld bedraagt € 5.321,--. Op dit bedrag past de zorgverzekeraar een restitutiekorting toe, omdat verzoekster zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoekster heeft na toepassing van de restitutiekorting, gelet op de 'Lijst maximale

vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders 2017' van de zorgverzekeraar, aanspraak op een bedrag van € 4.257,01.

- 5.2. De zorgverzekeraar betwist dat verzoekster niet in Nederland kan worden behandeld. Volgens hem is het aannemelijker dat de behandelend artsen in Nederland twifelen aan de indicatie voor de ingreep en/of de doelmatigheid hiervan. Bovendien blijkt uit de overgelegde verklaring van de behandelend chirurg in Nederland dat hij vertrouwt op het oordeel van de behandelend plastisch chirurg te Brussel. De zorgverzekeraar benadrukt dat zowel hij als de chirurg verzoekster heeft geadviseerd contact met hem te zoeken, zodat in Nederland kan worden gezocht naar een alternatief voor de behandeling in België. De afdeling Zorgadvies en Bemiddeling heeft evenwel geen verzoek voor bemiddeling van verzoekster ontvangen. De zorgverzekeraar benadrukt dat zijns inziens wel een alternatief in Nederland beschikbaar is en dat de behandelend chirurg in Nederland hierover mogelijk kan meedenken of dat een chirurg in een academisch ziekenhuis hierover kan worden geraadpleegd.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de gehanteerde DBC-zorgproductcode de meest passende is voor de onderhavige behandeling. Voorts heeft hij de indruk dat verzoekster geen verzoek voor bemiddeling heeft gedaan, omdat zij enkel wil worden behandeld in België. Volgens de zorgverzekeraar kan de ingreep wél worden verricht door een gecontracteerde zorgaanbieder. Hij kan echter niet concretiseren bij welke zorgaanbieder verzoekster terecht kan, omdat zij geen verzoek voor bemiddeling heeft gedaan. Om die reden is ook geen second opinion aangeboden.
- 5.4. De zorgverzekeraar heeft - daarnaar gevraagd - in vervolg op de hoorzitting verklaard dat verzoekster binnen een redelijke termijn alleen kan worden geholpen door de behandelend plastisch chirurg in België. Hij is derhalve wederom bereid een S2-formulier af te geven. De zorgverzekeraar merkt hierbij op dat op de offerte een bedrag is vermeld van totaal € 10.750,--, terwijl door verzoekster om een vergoeding van € 19.750,-- is verzocht. De op de offerte vermelde codes zijn voorts niet gespecificeerd. De zorgverzekeraar benadrukt dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten voor een eenpersoonskamer.
- 5.5. De zorgverzekeraar 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 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 15 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. (...)

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Let op

(...)

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist of kaakchirurg.

(...)”

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(...

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)”

- 8.5. Artikel 1 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“(...

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders (‘gemiddeld gecontracteerde tarief’). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

(...)

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

(...)

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan hebt u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;

- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren. (...)"

- 8.6. De artikelen 1, 9 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.8. 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 zorgverzekeraar 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.
- 8.9. Artikel 6:74 BW luidt, voor zover hier van belang:
- "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.
(...)"*
- 8.10. Artikel 7:960 BW luidt, voor zover hier van belang:
- "De verzekerde zal krachtens de verzekering geen vergoeding ontvangen waardoor hij in een duidelijk voordeliger positie zou geraken. De vorige zin mist toepassing bij voorafgaande taxatie van de waarde van een zaak tot stand gekomen krachtens een aan een deskundige opgedragen beslissing of krachtens een beslissing van partijen overeenkomstig het advies van een deskundige."*
- 8.11. 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 de 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.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet (langer) in geschil dat (i) de operatieve ingreep ter behandeling van het lymfangioom een verzekerde prestatie vormt, (ii) verzoekster voor deze ingreep een indicatie heeft, en (iii) deze ingreep bij haar doelmatig is. Omdat het hier een naturapolis betreft, is de zorgverzekeraar gehouden ervoor zorg te dragen dat zijn verzekerden de zorg waarop zij naar inhoud en omvang zijn aangewezen tijdig ontvangen, en daartoe een of meer overeenkomsten met zorgaanbieders te sluiten die de benodigde zorg kunnen verlenen. Deze zorgplicht is vastgelegd in artikel 11, eerste lid, onder a, Zvw. De commissie begrijpt de stelling van verzoekster aldus dat de zorgverzekeraar is tekort geschoten in de nakoming van de op hem rustende zorgplicht, en dat hij om die reden gehouden is de voor verzoekster hieruit voortvloeiende schade - bestaande uit de kosten van de behandeling in België - te vergoeden. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Gedurende de onderhavige procedure heeft de zorgverzekeraar verklaard dat verzoekster niet bij een door hem gecontracteerde zorgaanbieder terecht kan voor de onderhavige ingreep. Hiermee staat vast dat de zorgverzekeraar is tekortgeschoten in voornoemde wettelijke plicht. Gesteld noch gebleken is dat deze tekortkoming hem niet kan worden toegerekend. De zorgverzekeraar dient daarom de ontstane schade – bestaande uit de kosten van de operatieve ingreep ter behandeling van het lymfangioom in België – aan verzoekster te vergoeden op grond van artikel 6:74 BW.
- 9.3. De zorgverzekeraar heeft opnieuw verklaard bereid te zijn een S2-formulier af te geven. Dit S2-formulier kan dienen in het kader van de administratieve afhandeling van de ingreep, maar kan niet leiden tot een beperking van de omvang van de schade. De zorgverzekeraar kan zich derhalve niet erop beroepen dat hij de kosten niet of slechts gedeeltelijk hoeft te vergoeden, met name indien het S2-formulier door de Belgische zorgaanbieder zou worden geweigerd of de Belgische sociale ziektekostenverzekering voorziet in een gedeeltelijke vergoeding. Op grond van de in de Nederlandse wetgeving geïmplementeerde Patiëntenrichtlijn heeft verzoekster immers de mogelijkheid te kiezen voor toepassing van de verordening (S2-formulier) of de wetgeving van de bevoegde lidstaat (de zorgverzekering). Bij de keuze voor de zorgverzekering zou zij - indien zij zich tot een gecontracteerde zorgaanbieder had kunnen wenden - behoudens het eigen risico niet met voor haar rekening blijvende kosten zijn geconfronteerd.
- 9.4. Gelet op het indenniteitsbeginsel, dat ten grondslag ligt aan verzekeringen als de onderhavige, mag een verzekerde geen 'voordeel' genieten van het feit dat een beroep moet worden gedaan op de verzekering. De niet-nakoming van de zorgplicht kan in dat licht maar zo ver gaan als de zorgplicht reikt. Waar de keuze bestaat tussen een eenpersoons- en een meerpersoonskamer dient als uitgangspunt te gelden dat de zorgverzekering dekking biedt voor opnemingskosten op basis van derde klasse en dat de hogere kosten van verblijf op een eenpersoonskamer vermijdbaar zijn. Dit gaat

tevens op voor de hiermee samenhangende toeslag op het honorarium van de chirurg. Dit betekent dat verzoekster geen vergoeding van deze extra kosten kan vorderen.

Teneinde discussie hierover te voorkomen, wijst de commissie er nog op dat het aan verzoekster is een duidelijke offerte respectievelijk nota aan te leveren, waaruit de zorgverzekeraar zonder verdere navraag kan opmaken tot welke vergoeding hij gehouden is.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, uitgezonderd de - vermijdbare - en niet door de zorgverzekering gedekte kosten, zoals de kosten van een eenpersoonskamer en de hiermee samenhangende toeslag op het honorarium van de chirurg.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen onder 9.5. is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 9 januari 2019,

G.R.J. de Groot