

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, second opinion, opname, onderzoek
Zaaknummer : 2012.00660
Zittingsdatum : 9 januari 2013

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, 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 19 Vo 883/2004, art. 25 Vo 987/2009, VWEU)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een geneeskundige behandeling, uitgevoerd te Lingen (Duitsland), ten bedrage van € 1.566,22 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen. Bij brief van 6 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak alsnog gedeeltelijk is ingewilligd, in die zin dat een bedrag van € 575,27 wordt vergoed.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 3 september 2012 heeft verzoekster 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).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 november 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 november 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 december 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 december 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 22 november 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 28 december 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012131875) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een second opinion en op basis van het dossier niet blijkt dat acute opname noodzakelijk was. Een afschrift van het CVZ-advies is op 2 januari 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 januari 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 10 januari 2013 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. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 21 januari 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Op 26 april 2011 heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te vragen naar de vergoeding van een behandeling in het buitenland. Dit is geschied in overleg met haar huisarts. Verzoekster was voornemens een poliklinische behandeling in Duitsland te ondergaan. In het desbetreffende telefoongesprek is verzoekster geïnformeerd over de procedure voor vergoeding van een behandeling in het buitenland. Afgesproken is dat indien nodig een behandelplan zou worden opgesteld, inclusief offerte. Als verdere behandeling noodzakelijk was zou verzoekster daarvoor een nieuwe aanvraag indienen.
 - 4.2. Op 20 juni 2011 had verzoekster een afspraak bij het ziekenhuis in Lingen voor poliklinisch onderzoek. Aangezien haar gezondheid op dat moment zeer zwak was, heeft de medisch specialist aldaar besloten haar op te nemen. Van 20 juni 2011 tot en met 22 juni 2011 was verzoekster opgenomen. De rekening ten bedrage van € 1.566,22 heeft zij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Deze vergoedt slechts € 575,27, omdat dit bedrag de aangevraagde behandeling betreft. Verzoekster wenst

dat de ziektekostenverzekeraar alsnog overgaat tot volledige vergoeding van de nota. Er was sprake van overmacht, en zij is niet afgeweken van de voorwaarden die gelden voor vergoeding.

- 4.3. De behandelend arts van het ziekenhuis in Lingen, afdeling Interne Geneeskunde, heeft ter zake van verzoekster het volgende verklaard: *"[Verzoekster] werd opgenomen vanwege een acute zwakte en vermoeidheid die haar levenskwaliteit enorm verminderen. Bij het abdomen echografisch onderzoek werd een prominente uterus waargenomen. Verder onopvallende echo met een normale kleine schildklier. De TSH en T4 zijn normaal. Normale schildklier anti-lichamen. In het lab onderzoek was een lichte verhoging van de cortisol spiegel bij de 24-uurs urine (+215.3 µg/24h) zichtbaar, alsmede een lichte verhoging van cortisolin het serum (20.8 µg/dl), alle andere waardes waren normaal. Bij een latente EBV infectie is eerder sprake van een chronisch vermoeidheidssyndroom. De hypertrofe uterus dient gynaecologisch gecontroleerd te worden. (...) De noodzaak tot ziekenhuisopname werd aan de hand van de AEP-criteria bepaald en op het opname formulier schriftelijk ondertekend."*
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij naar het ziekenhuis in Duitsland is gegaan voor het opstellen van een behandelplan. Omdat zij te zwak was, moest zij echter direct worden opgenomen. Er is dus sprake van overmacht. Verzoekster brengt in gebruik te hebben gemaakt van zorgbemiddeling. De ziektekostenverzekeraar heeft haar een aanbod gedaan voor een consult bij een ziekenhuis in Vreden. Hiervan heeft zij geen gebruik gemaakt, omdat enkele familieleden goede ervaringen hadden met het ziekenhuis in Lingen. Verzoekster stelt dat in eerste instantie is gezegd dat geen vergoeding zou worden verleend. Daarna heeft telefonisch contact plaatsgevonden, waarbij is gezegd dat een fout was gemaakt. Over een coulantevergoeding is toen niet gesproken. Tot slot brengt verzoekster in dat de vertaalde verklaring van het ziekenhuis in Lingen afkomstig is. Deze is later opgevraagd, en aangezien er ook Nederlandse artsen in het ziekenhuis werkzaam zijn was dit geen probleem. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat er op de verklaring iets is bijgeschreven.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft aanvankelijk een verzoek ingediend voor een second opinion in een ziekenhuis in Duitsland. Zij heeft hiertoe op 26 april 2011 contact opgenomen met de zorgadviseurs voor bemiddeling. Bij die gelegenheid is verzoekster geïnformeerd over de geldende procedure wat betreft zorg in het buitenland. Op 12 mei 2011 heeft verzoekster wederom contact opgenomen met de zorgadviseurs. Van dit telefoongesprek is een registratie gemaakt. Op 21 mei 2011 heeft verzoekster schriftelijk bericht ontvangen wat betreft de bemiddeling naar een ziekenhuis in Vreden. Er was een afspraak voor haar gemaakt voor een consult aldaar op 24 mei 2011. Op 19 mei 2011 heeft verzoekster telefonisch kenbaar gemaakt geen gebruik te willen maken van de bemiddeling naar Vreden en dit traject is om die reden geannuleerd. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de bemiddeling in overleg met verzoekster heeft plaatsgevonden. De reden voor bemiddeling naar Vreden is dat het een gecontracteerd ziekenhuis betreft waar de expertise voor de klachten van verzoekster aanwezig is.

- 5.2. Verzoekster heeft vervolgens zelf ervoor gekozen om op 20 juni 2011, één maand na de annulering, naar het ziekenhuis in Lingen te gaan voor een consult. De arts aldaar heeft besloten haar direct op te nemen. Van deze opname heeft zij geen melding gemaakt bij de alarmcentrale. Er is geen sprake van spoedeisende zorg, maar van geplande zorg. Spoedeisende zorg is namelijk zorg die niet uitgesteld kan worden tot na terugkeer naar Nederland. Tevens moet de zorg vóór vertrek naar het buitenland onvoorzien zijn. Bij verzoekster was daarvan geen sprake. Verzoekster ging juist vanwege de klachten waarvoor zij is opgenomen naar Duitsland.
- 5.3. Voor geplande zorg in het buitenland gelden bepaalde voorwaarden. Zo dient de zorg een verstrekking volgens de zorgverzekering te zijn. Daarnaast moet aan de voorwaarden zijn voldaan; dient de verzekerde redelijkerwijs op de zorg te zijn aangewezen, en moet de behandeling doelmatig zijn. Alleen als aan deze voorwaarden is voldaan, wordt de behandeling vergoed. De vergoeding is dan maximaal 100% van het in Nederland geldende tarief. Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan het woonland van de verzekerde, is steeds voorafgaande toestemming nodig.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster verzocht een gemotiveerde uitleg van de arts over te leggen waaruit blijkt waarom de opname medisch noodzakelijk was. De behandelend arts van verzoekster heeft hierop medegedeeld dat de gegevens in de brief van de huisarts voldoende informatie geven. Uit de gegevens van de arts blijkt niet de medische noodzaak voor de opname. Uit het verslag blijkt alleen dat diagnostische onderzoeken hebben plaatsgevonden in verband met versterkte vermoeidheidsklachten. De onderzoeken die verzoekster heeft gehad, kunnen poliklinisch plaatsvinden en zijn geen reden voor (acute) opname. De artikelen 19 en 20 Vo 883/2004 zijn in dezen niet relevant.
- 5.5. Uit de verwijzing van de huisarts blijkt dat het verzoek voor een second opinion in het ziekenhuis in Duitsland op initiatief van verzoekster geschiedde. Er is dus geen sprake van een medisch noodzakelijke verwijzing, maar van een verwijzing op eigen verzoek. Derhalve kan niet worden gesproken van een second opinion in de zin van de polisvoorwaarden. Conform de artikelen B28 en B5 van de zorgverzekering komen de kosten niet voor vergoeding in aanmerking. Desondanks is achteraf (6 oktober 2011) alsnog een vergoeding toegekend. De DBC die is vastgesteld voor het consult en de onderzoeken is 1311000031101. De omschrijving van deze DBC is: "reguliere zorg/ analyse algemene malaise/ moeheid zonder diagnose/ behandeling niet nader omschreven/ niet verbijzonderd poliklinisch". Het tarief voor deze DBC is € 575,27. Dit bedrag is aan verzoekster betaald.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de achteraf door verzoekster overgelegde Nederlandse vertaling van het rapport van de Duitse arts onderaan, na het advies, een nieuw kopje "Medicatie" bevat, waaronder is vermeld dat er een noodzaak tot ziekenhuisopname zou zijn bepaald aan de hand van AEP-criteria. De echtheid van deze vertaling wordt betwist, aangezien genoemd kopje ontbreekt in het ontvangen en beoordeelde originele Duitse rapport. Derhalve handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn stelling dat niet is gebleken dat opname nodig was en verzoekster daarop was aangewezen. Bovendien erkent verzoekster dat het ging om geplande zorg.

- 5.7. De aanvullende ziektekostenverzekering voorziet niet in een vergoeding van de door verzoekster in het buitenland gemaakte kosten.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat volgens het CVZ niets hoeft te worden vergoed. Er is evenwel overgegaan tot het coulancehalve verlenen van een gedeeltelijke vergoeding. Het is niet uit te sluiten dat tijdens het telefonisch contact het karakter van de vergoeding onbesproken is gebleven. De vergoeding is destijds verleend naar aanleiding van de verklaring van de Duitse arts. Tot slot brengt de ziektekostenverzekeraar in dat mogelijk ten onrechte is gesteld dat op de verklaring iets is bijgeschreven.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is 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 B9 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt artikel:

“(…)

Welke zorg

U heeft recht op:

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*
- *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- *laboratoriumonderzoek.*

“(…)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt. Let op: zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van specialistische zorg. [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:

- zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 80% van het tarief wordt vergoed,*
- zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. (...)*

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg of een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). (...) Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. (...)

Artikel B32 regelt de aanspraak op verblijf, en luidt, voor zover hier van belang:

“(...

Welke zorg

U heeft recht op verblijf, gedurende het etmaal, dat medisch noodzakelijk is in verband met verloskundige zorg, chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en medisch specialistische zorg. Ook heeft u recht op de bijbehorende noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen. Het verblijf is verzekerd gedurende een ononderbroken periode van 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Een onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof telt wel mee.

(...)”

Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“(...

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

(...)”

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u

*niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.
(...)"*

Artikel B28A regelt de aanspraak op een second opinion, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Welke zorg

U heeft recht op een second opinion als u

- een verwijzing heeft voor een second opinion van uw behandelaar;*
- de second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar, en*
- u met de second opinion terugkeert naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over uw behandeling.*

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een huisarts, medisch specialist, verloskundige, psychotherapeut, klinisch psycholoog, GGZ instelling of een (polikliniek van een) psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd, U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...)

Als u kiest voor een centrum dat geen overeenkomst met [naam ziektekostenverzekeraar] heeft gesloten, krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 80% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 80% van het bedrag dat in Nederland marktconform is.

Verwijzing

U heeft alleen recht op een second opinion als u een schriftelijke verwijzing van uw behandelaar heeft."

8.3. De artikelen B9, B24, B28A en B32 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde 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. Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.

Artikel 13 Zvw luidt:

"1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.

3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.

4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.

5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.”

8.5. 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.

8.6. Artikel 19 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

“1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster heeft zich naar Duitsland begeven voor het ontvangen van extramurale zorg, te weten het bespreken van een behandelplan met een arts in een ziekenhuis aldaar. Op grond van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (hierna: VWEU) behoefde zij hiervoor geen voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Ter plaatse bleek het noodzakelijk verzoekster op te nemen in het ziekenhuis. Ingevolge het arrest Keller van het Europese Hof van Justitie (zaak C-145/03, r.o. 50 en 51) dient de ziektekostenverzekeraar de constatering en de behandelkeuzen van de arts in het land waar de behandeling plaatsvindt te aanvaarden en erkennen.

9.2. Normaliter zou het voorgaande zijn afgewikkeld door middel van de EHIC. Door verzoekster is echter geen EHIC overgelegd bij het ziekenhuis in Duitsland. Dientengevolge dient de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 25 lid 5 Vo 987/2009 over te gaan tot tarifiering. In dat kader zal moeten worden nagegaan of de onderhavige zorg is verzekerd op basis van de Duitse sociale ziektekostenverzekering, en zo ja, tot welk bedrag de kosten zouden zijn vergoed. Verzoekster heeft in ieder geval aanspraak op dat bedrag. Mogelijk blijft dan nog een deel van de kosten voor haar rekening. Met betrekking tot dit deel geldt dat uit de arresten Europese Commissie tegen Spanje (zaak C-211/08) en Europese Commissie tegen Bondsrepubliek Duitsland (zaak C-562/10) van het Europese Hof van Justitie blijkt dat in een EHIC-situatie, zoals hier aan de orde, geen recht bestaat op een aanvullende vergoeding op grond van het VWEU. Daarentegen kan wel aanspraak worden gemaakt op een (aanvullende) vergoeding op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering. Aangezien

verzoekster heeft nagelaten de toestemming van de ziektekostenverzekeraar, als bedoeld in artikel B9 van de zorgverzekering, te vragen, bestaat echter geen aanspraak op een zodanige (aanvullende) vergoeding.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering en eventuele vergoeding op basis van de uitkomst hiervan.
- 9.5. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.4 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 23 januari 2013,

Voorzitter