

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in deze vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, resectie blaas
Zaaknummer : 2009.00944
Zittingsdatum : 13 januari 2009

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 28 januari 2008 de kosten verbonden aan een blaasverwijdering, uitgevoerd te Oldenburg (Duitsland) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Extra-Verzorgd 3 afgesloten.
- 3.2. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de onder 2 omschreven behandeling, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Op 6 augustus 2007 heeft de behandeling, waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Bij brief van 28 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.5. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.7. Bij brief van 12 juli 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 8 oktober 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 oktober 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 november 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.11. Bij brief van 14 oktober 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 november 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29112277) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie had voor de door haar ondergane behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 13 januari 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.13. Bij brief van 14 januari 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 20 januari 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend uroloog in Nederland heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "TUR-blaas: diep invasief groeiend urotheelcelcarcinoom graad 3, met uitgebreide angio-invasie, tenminste pT2a G3". Zij is hieraan in Nederland geopereerd. Men heeft destijds besloten niet tot een blaasresectie over te gaan. De reden hiervoor was de slechte prognose, in het bijzonder de verdenking van uitzaaiingen in de longen, en het ingeschatte hoge risico in verband met de 80-jarige leeftijd van verzoekster.
- 4.2. Tijdens een bezoek aan haar dochter in Duitsland, is verzoekster wegens acute klachten naar het plaatselijke ziekenhuis in Oldenburg gegaan, waar zij is onderzocht. Men achtte op basis van uitgebreid onderzoek een blaasresectie geïndiceerd. In de gerechtvaardigde veronderstelling dat haar levensverwachting daardoor zou verbeteren, heeft verzoekster ingestemd met deze zware operatie en de daaraan verbonden gevolgen, met name een stoma. Naar de mening van verzoekster ondergaat men een dergelijke ingreep niet als daarvoor niet een duidelijke medische noodzaak aanwezig is.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij kampte met blaaskanker. De behandeling bestond uit het wegnemen van de blaas, en daarmee is ook de kanker

verdwenen. De blaasresectie is een reguliere behandeling, zodat ook dat niet het probleem kan zijn. Op de website van het CVZ staat dat recht bestaat op medisch specialistische zorg wanneer deze conform de stand van de wetenschap en praktijk is, er een indicatie is, en de zorg doelmatig is. Aan deze eisen is voldaan. De zorgverzekeraar en het CVZ zijn volgens verzoekster blijven hangen in de procedurele aspecten, zonder te letten op de feiten. Er waren geen metastasen, wel was er kanker in de blaas, en die is verwijderd.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij verzoekster uitdrukkelijk op eigen verzoek een blaasresectie is uitgevoerd. Dat blijkt ook uit de medische informatie van de Duitse artsen in Oldenburg. Zoals eerder vastgesteld door de artsen in Nederland, betrof het een geplande operatie waarvoor geen indicatie bestond.

5.2. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat de behandeling zoals uitgevoerd bij verzoekster, niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De Duitse artsen hebben de internationale richtlijnen niet in acht genomen, en hebben dit aan verzoekster medegedeeld. Dit blijkt uit het operatieverslag en uit de door de adviserend geneeskundige in zijn advies aangehaalde literatuur. Alvorens de operatie te laten plaatsvinden, had eerst onderzoek moeten worden gedaan naar de longmetastasen om te zien of deze goed- dan wel kwaadaardig waren. Indien het laatste het geval was geweest had van de operatie moeten worden afgezien. Achteraf stelt verzoekster dat het slechts littekenweefsel betreft, maar enig bewijs daarvan wordt niet aangedragen.

5.3. De zorgverzekeraar merkt verder op dat in deze zaak een verwijzing ontbreekt. De brief van de huisarts van 26 juli 2007, die overigens door de zorgverzekeraar eerst in 2008 werd ontvangen, is van een latere datum dan de eerste opname van 22 juli 2007 en kan bovendien niet als een actieve verwijzing worden beschouwd voor de tweede opname op 28 juli 2007. Voorts is de brief onjuist, omdat de operatie in Nederland bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder had kunnen plaatsvinden, doch daar niet geïndiceerd werd geacht. Indien verzoekster op 22 juli 2007 acuut opgenomen zou zijn geweest, kon het ontbreken van een verwijzing haar niet worden tegengeworpen. Het verloop van een en ander is overigens volstrekt onduidelijk. Verzoekster heeft op 18 juli 2007 telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar met de vraag hoe een second opinion geregeld kon worden. Het is vreemd dat zij kort daarna met acute doch haar bekende klachten in Duitsland is opgenomen. De tweede opname betrof in ieder geval geen acute opname, aldus de zorgverzekeraar.

5.4. Ten slotte behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor een uitspraak te doen over de hoogte van de vergoeding, wanneer de commissie mocht besluiten dat sprake is van een verzekerde prestatie en dat verzoekster daarvoor een indicatie heeft. De zorgverzekeraar is van mening dat verzoekster in dat geval enkel aanspraak heeft op het Nederlands tarief, en niet op het Duitse tarief.

5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat verzoekster geen indicatie had voor de behandeling, hetgeen ook door het CVZ is onderschreven. Ook is de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk, daar op basis van de

richtlijn eerst onderzoek moet plaatsvinden. Bij verzoekster is daarvan afgezien, terwijl de reden daarvan niet door de Duitse artsen wordt gegeven. De artsen hebben gesteld dat de behandeling werd uitgevoerd op verzoek van verzoekster.

5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekeringen van vóór 2008.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de blaasresectie te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 8 van de zorgverzekering.

Artikel 8.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek, en met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg als bedoeld in artikel 8.6 (...)”

Artikel 13 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf

Spoedeisende zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. (...)

Spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan het woonland van verzekerde, in het geval verzekerde woont in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland

a. *De verzekerde die woont in Nederland of een ander EU/EER-land of Verdragsland, en die tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan zijn of haar woonland, heeft voor spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:*

- i zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EG Verordening 1408/71 of een sociale zekerheidsverdrag, indien voor verzekerde van toepassing;*
- ii zorg door een instelling of aanbieder die door zorgverzekeraar in dat land is gecontracteerd;*
- iii vergoeding van kosten van zorg zoals opgenomen in deze modelovereenkomst, tot ten hoogste de in Nederland geldende WMG-tarieven. Als er geen WMG-tarieven gel-*

den, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

(...)

- d. *De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:*
- i zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EG Verordening 1408/71 of een sociale zekerheidsverdrag, indien voor verzekerde van toepassing;*
 - ii zorg door een instelling of aanbieder die door zorgverzekeraar in dat land is gecontracteerd;*
 - iii vergoeding van kosten van zorg van een niet door zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling, volgens het bepaalde in artikel 11. (...)*

Artikel 11 van de zorgverzekering regelt, voor zover hier van belang, het volgende:

“e. Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet gecontracteerde aanbieder overeenkomstig het WMG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze [in] de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Zorgverzekeraar betreft in zijn vaststelling de gebruikelijke kosten zoals de betrokken aanbieder die in rekening brengt, de gangbare kosten die soortgelijke aanbieders in rekening brengen, en de redelijkheid gegeven de omstandigheden.

f. Op het onder e bedoelde bedrag wordt een korting in mindering gebracht van 10%, met een maximum van € 200 per verzekerde per kalenderjaar. Deze korting wordt niet toegepast:

- i bij onvoorziene en spoedeisende zorg,*
- ii bij het bestaan van wachtlijsten langer dan de Treeknorm,*
- iii in het geval de verzekerde zorg, of het type aanbieder waarin deze overeenkomst voorziet, niet is gecontracteerd of niet binnen redelijke afstand van de verzekerde bereikbaar is.*

g. Het bepaalde onder f blijft buiten toepassing in de gevallen waarin de vergoeding op grond van de artikelen 8.4, 8.6, 8.9, 8.14 of 8.15 wordt vastgesteld conform het Verzekeringsreglement zorg.”

Artikel 8.2 van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat, mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 7.3. De artikelen 8.2, 8.4, 11 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde 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 2.1 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Artikel 13 Zvw bepaalt dat 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 zorg-

verzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Het geschil zoals omschreven onder 7.1 spitst zich toe op de vraag of de door verzoekster ondergane operatie conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en of zij hiervoor een indicatie heeft. Alvorens die vraag te beantwoorden, dient te worden nagegaan of in deze sprake is van spoedeisende dan wel voorzienbare zorg. Gezien het samenstel van omstandigheden concludeert de commissie dat niet aanmerkelijk is geworden dat in het geval van de opname op 22 juli 2007 kan worden gesproken van spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf. Dit is hoe dan ook voor de tweede opname niet aan de orde. Het betreft hier derhalve voorzienbare zorg. De commissie constateert verder dat door verzoekster geen voorafgaande toestemming is gevraagd. Er hoeft daarom niet te worden nagegaan of de zorgverzekeraar al dan niet terecht afgifte van een E 112-formulier heeft geweigerd. EG-Verordening 1408/71 blijft in dit geval dus buiten toepassing. Waar het gaat om de rechten die verzoekster heeft op grond van de polis, ter zake van voorzienbare zorg, geldt het volgende.
- 7.7. Uit het advies van het CVZ van 14 oktober 2009 blijkt dat een blaasresectie, zoals uitgevoerd, conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en dat deze tot het verzekerde pakket behoort. Ten aanzien van de indicatie van verzoekster voor deze ingreep overweegt de medisch adviseur het volgende:

“Beantwoording van de vraag of een patiënt met een invasief urotheel(cel)carcinoom al dan niet in aanmerking komt voor een cystectomie hangt af van verschillende factoren zoals lokale tumoruitbreiding, comorbiditeit of slechte performance status (richtlijn urotheelcelcarcinoom van de blaas 2009). De behandelaar maakt een afweging van de factoren in overleg met de patiënt. In Nederland was de uitslag van de afweging om geen blaasresectie uit te voeren. In Duitsland werd wel een blaasresectie uitgevoerd. In het algemeen wordt een verzekeraar niet geacht “op de stoel van de behandelaar te gaan zitten”. Richtlijnen geven behandelaars ruimte om in overleg/samenspraak met patiënten gemotiveerd van een richtlijn af te wijken. In dit geval blijkt uit het dossier echter geen voldoende inhoudelijke motivering om een blaasresectie uit te voeren vóór de nadere analyse van mogelijke longmetastasen.”

Voorts stelt het CVZ het volgende vast:

“Het College stelt vast dat de Duitse artsen in hun brief van 28 april 2008, gericht aan verzoekster, hebben aangegeven geen eenduidige indicatie voor blaasresectie te kunnen formuleren. Verzoekster wenste volgens deze brief de blaasresectie te ondergaan voordat nader onderzoek was verricht naar longmetastasen, ondanks te zijn gewezen op de noodzakelijkheid van het nader onderzoek. Ook uit het verslag van de operatie d.d. 6 augustus 2007 blijkt dat verzoekster de blaasresectie wilde ondergaan voordat nader onderzoek naar longmetastasen was verricht.(...)”

De conclusie van het CVZ is dat verzoekster geen indicatie had voor een blaasresectie. De commissie neemt de conclusie van het CVZ over en maakt deze daarmee tot de hare.

Conclusie

- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2010,

Voorzitter