

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Zwitserland, geneeskundige zorg, verwijderen cavernoom, afgifte
E112-formulier geweigerd, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.01679
Zittingsdatum : 6 oktober 2010

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 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 3 april 2009 de kosten voor het verwijderen van een caverneus hemangioom in de hersenstam in Zürich, Zwitserland (hierna: de aanspraak) niet volledig te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar aanvullende ziektekostenverzekeringen afgesloten, welke niet in geschil zijn en daarom verder onbesproken blijven.
- 3.2. Bij brief van 3 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de kosten van de onderhavige ingreep gedeeltelijk worden vergoed, namelijk tot een bedrag van € 23.156,20.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven, met dien verstande dat een aanvullende vergoeding van € 176,05 wordt toegekend, omdat uit het operatieverslag is gebleken dat bij verzoekster ook sprake is geweest van een erosie cornea (DBC-code 03110004540011).
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 28 juli 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hier-

na: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 juni 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juli 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 juli 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 1 juli 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 juli 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010085622) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat medisch gezien de keuze voor de gecontracteerde neurochirurg een adequate en tijdige oplossing was geweest. De ziektekostenverzekeraar heeft de juiste DBC-codes en de juiste tariefhoogtes is gebruikt voor de vaststelling van de vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 6 oktober 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 8 oktober 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 13 oktober 2010 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. Verzoekster stelt dat in mei 2006 bij haar een caverneus hemangioom (cavernoom) in de hersenstam rechts is vastgesteld. Omdat het verwijderen van het cavernoom te riskant was en haar toenmalige arts, dr. Verheul, de ingreep niet kon verrichten, is een 'wait and scan' beleid gevoerd. In december 2007 verslechterde haar situatie echter. Ook op de MRI was te zien dat het cavernoom in omvang was toegenomen.
 - 4.2. In zijn brief van 23 januari 2008 schrijft dr. Verheul dat een operatie, gezien de langzame progressie in het neurologisch beeld, die bovendien wordt bevestigd door een toename van het cavernoom op de MRI en de leeftijd van verzoekster, nu wel aan de orde lijkt. Dit is een zeer grote en riskante ingreep. Verzoekster heeft veel studie gedaan naar expertisecentra in de wereld en heeft ervoor gekozen een gesprek te heb-

ben met dr. Bertalanffy, een arts in Zürich. Op 11 februari 2008 is zij bij hem op consult geweest. Deze vertelde haar dat zij zo snel mogelijk geopereerd moest worden en dat hij deze operatie kon verrichten.

- 4.3. In zijn brief van 21 februari 2008 bericht dr. Verheul dat de bewuste arts in Zürich de nodige ervaring heeft met de onderhavige ingreep.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft geweigerd verzoekster een E112-formulier te verstrekken en heeft haar verwezen naar prof. dr. Vandertop. Deze arts heeft verzoekster bij het eerste consult verteld dat een operatie niet noodzakelijk was. Bij het tweede consult heeft hij haar verteld dat hij haar wel kon opereren als zij dat wilde, maar dat hij van mening was dat het geen spoedgeval betrof. Verzoekster was het hiermee niet eens, aangezien andere artsen wél van mening waren dat zo spoedig mogelijk moest worden geopereerd.
- 4.5. Op 28 oktober 2008 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. Verzoekster heeft daartoe geld geleend van derden.
- 4.6. Prof. dr. Grotenhuis, neurochirurg, stelt in zijn brief van 17 maart 2009 dat cavernomen in de hersenstam zeldzaam zijn. De operatieve behandeling ervan is niet eenvoudig. Daarbij was het cavernoom bij verzoekster uitzonderlijk groot. Verzoekster had reeds viermaal een bloeding uit het cavernoom gehad, daarom was er zeker reden om te opereren. Als verzoekster ten tijde van de verwijzing zijn patiënte was geweest, had hij haar zeer waarschijnlijk ook doorverwezen naar dr. Bertalanffy te Zürich, aangezien laatstgenoemde in Europa, en misschien zelfs wereldwijd, één van de meest ervaren chirurgen is voor cavernomen in de hersenstam. Prof. dr. Grotenhuis tekent daarbij aan dat dit niet inhoudt dat de ingreep technisch gezien niet in Nederland zou kunnen plaatsvinden, aangezien hij zelf ook dergelijke ingrepen heeft uitgevoerd.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte het E112-formulier niet verstrekt. Als reden wordt opgegeven dat het formulier alleen wordt verstrekt bij erkende behandelingen, die niet of bijna niet in Nederland zijn te verkrijgen. In Nederland waren er echter geen artsen die bekwaam genoeg zijn. De ziektekostenverzekeraar kon ook maar één arts aanwijzen voor het verrichten van de ingreep. Verzoekster benadrukt dat dr. Verheul haar altijd heeft verteld dat zij een uitzonderlijk geval was gezien de grootte van het cavernoom. Tevens heeft hij gezegd dat hij in Nederland geen artsen wist die bekwaam genoeg zijn om de onderhavige ingreep uit te voeren. Verzoekster vraagt zich af hoe de ziektekostenverzekeraar dan kan weten dat prof. dr. Vandertop dat wel is. Verzoekster is via een internetsite in contact gekomen met patiënten met dezelfde aandoening die succesvol door dr. Bertalanffy zijn geopereerd. Al deze patiënten hebben de kosten van de ingreep volledig vergoed gekregen door hun ziektekostenverzekeraar.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd, dat zij in feite geen keuze had. Gezien haar medische situatie diende zij te worden geopereerd, omdat zij ieder moment een fatale bloeding kon krijgen. De door de ziektekostenverzekeraar aangedragen arts heeft haar verteld dat hij eigenlijk niet wilde opereren en dat zij de komende vijf jaren nog maar zo veel mogelijk van het leven moest genieten. Dat zou na

de operatie waarschijnlijk niet meer mogelijk zijn. Dr. Bertalanffy heeft haar een reëel beeld geschetst van de ingreep en de mogelijke gevolgen. Uiteindelijk heeft verzoekster ervoor “gekozen” de ingreep te laten uitvoeren door dr. Bertalanffy. Verzoekster benadrukt dat in Nederland prof. dr. Vandertop blijkbaar de enige is die deze ingreep kan uitvoeren, en dat hij afwijzend stond tegenover opereren. Dr. Verheul, die een leerling is geweest van prof. dr. Vandertop, heeft haar verteld dat er in Nederland geen artsen zijn die deze ingreep kunnen uitvoeren. Desgevraagd deelt verzoekster mede dat de ingreep goed verlopen is.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 28 februari 2008 aangeraaden voor een second opinion naar prof. dr. Vandertop te gaan, omdat de brief van dr. Verheul de stelling van verzoekster niet geheel onderschrijft. De uitkomst van deze second opinion zou als uitgangspunt worden genomen voor de verdere besluitvorming over de vergoeding van de ingreep. Verzoekster is gewezen op de mogelijke consequenties van het laten verrichten van de ingreep zonder de second opinion.
- 5.2. Prof. dr. Vandertop heeft het dossier bestudeerd en heeft verzoekster op 12 en 26 maart 2008 poliklinisch gezien. Prof. dr. Vandertop stelt dat de afwijking zeker operabel is, maar dat de ingreep een mogelijk forse morbiditeit kent. Hij heeft met verzoekster uitvoerig de mogelijkheden van verder afwachten versus een operatie, alsmede de mogelijke complicaties van de ingreep besproken. Prof. dr. Vandertop is van mening dat verzoekster een zeer rooskleurig beeld heeft gekregen vanuit Zwitserland. Verzoekster wil eigenlijk niet wachten en is zeer gemotiveerd voor een operatie, maar heeft liever dat deze wordt verricht door een neurochirurg die niet twijfelt over de uitkomst. Prof. dr. Vandertop is van mening dat de ingreep in het VUmc zou kunnen gebeuren.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft geen E112-formulier verstrekt, omdat de ingreep ook in Nederland had kunnen plaatsvinden.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bericht de kosten tot maximaal € 23.156,20 te vergoeden. Dit bedrag is gebaseerd op de DBC-code 08.11.00.12.15.00.23 en zou in Nederland betaald worden voor de behandeling van een caverneus hemangioom. Uit het operatieverslag is gebleken dat tevens sprake was van een erosie cornea. De DBC-code die hierbij hoort is 03.11.00.04.54.00.11; het bijbehorende tarief is € 176,05.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar kan niet beoordelen of andere Nederlandse patiënten een volledige vergoeding hebben ontvangen voor de operatie bij dr. Bertalanffy. Iedere aanvraag met betrekking tot vergoeding van medisch specialistische zorg in het buitenland wordt individueel, zorgvuldig en aan de hand van de geldende voorwaarden beoordeeld.
- 5.6. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat prof. dr. Vandertop heeft gesteld dat verzoekster te opereren is, maar dat hij dit afraadt wegens de grote kans op complicaties. Daarbij heeft hij gesteld dat de Zwitserse neurochirurg een te rooskleurig beeld heeft geschetst van de situatie. De medisch adviseur merkt

op dat in het dossier door verzoekster niet wordt gerept over de goede uitkomst van de ingreep. Een operatie in Nederland had voor haar niet slechter kunnen aflopen.

- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat verzoekster wel een keuze had, namelijk de ingreep laten uitvoeren door prof. dr. Vandertop, die een specialist is op dit terrein. Hij adviseerde vooralsnog niet te opereren, vanwege de mogelijke complicaties; die uiteindelijk ook zijn opgetreden. De ingreep was zonder twijfel mogelijk. Mogelijk dat verzoekster twijfelde aan de betreffende arts. Er zijn nog de nodige kosten gemaakt voor de revalidatie van verzoekster. Deze kosten zijn overigens gewoon vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Dat de complicaties achteraf blijken mee te vallen is hier niet van belang.

- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door verzoekster ondergane operatie in Zwitserland volledig, dan wel tot een hoger bedrag dan € 23.332,25 (€ 23.156,20 + € 176,05) te vergoeden.

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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat.

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

“Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 1408/71 en bilaterale verdragen van toepassing.

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.

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.
- (...)

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 hebt u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.”

- 8.3. De artikelen B9 en B24 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. Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg wanneer een verzekerde kiest voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;

ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de ondergane operatie een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering vormt, en dat verzoekster daarvoor een indicatie heeft. De

hoogte van de vergoeding houdt partijen verdeeld. Ten aanzien daarvan overweegt de commissie het volgende.

- 9.2. Medisch noodzakelijke zorg, genoten in een Europese lidstaat, kan op twee manieren worden vergoed. Enerzijds op grond van EG-Verordening 1408/71, waarbij gedurende het verblijf in een andere Europese lidstaat dan Nederland, het tarief vergoed dient te worden zoals dat geldt volgens het socialezekerheidsstelsel van de betreffende Europese lidstaat. Anderzijds op grond van de zorgverzekering waarbij door de ziektekostenverzekeraar het in Nederland geldende Wmg-tarief dan wel het marktconforme bedrag dient te worden vergoed.
- De onderhavige behandeling heeft plaatsgevonden in Zwitserland. Zwitserland is weliswaar geen lidstaat van de Europese Unie, maar de Verordening is - op grond van het Verdrag tussen de EU en Zwitserland (PbEU L 114 van 30 april 2003) - ook van toepassing op in Zwitserland verblijvende gerechtigden.
- Een redelijke uitleg van de overeenkomst brengt met zich dat voor verzoekster de onder omstandigheden meest gunstige regeling wordt toegepast. Om die reden is de commissie van oordeel dat verzoekster in ieder geval recht heeft op het Nederlandse tarief op basis van de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde DBC-codes. Met betrekking tot de vergoeding krachtens de zorgverzekering overweegt de commissie het volgende.
- 9.3. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde DBC-code. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code 08.11.00.12.15.00.23 ziet op reguliere zorg / / operatieve behandeling arterio-veneuze malformaties of durale AV-fistels (intra)cranieel, of carotico-caverneuze fistels / Operatief met klinische episode(n). Het bijbehorende tarief ten tijde van de behandeling bedraagt € 23.156,20. De in dit verband gehanteerde DBC-prestatiecode en het tarief zijn naar het oordeel van het CVZ juist. De commissie neemt die conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 9.4. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar een vergoeding toegekend van € 176,05 in verband met een erosie cornea. De ziektekostenverzekeraar heeft deze vergoeding gebaseerd op de DBC-code 03.11.00.04.54.00.11. Het CVZ heeft in zijn advies van 26 juli 2010 geconcludeerd dat ook deze DBC correct is. De commissie neemt die conclusie eveneens over en maakt deze tot de hare.
- 9.5. De DBC-tarieven worden in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat zulks in voorkomende gevallen – gelijk in dat van verzoekster – niet steeds zo zal zijn, kan niet voor rekening van de ziektekostenverzekeraar worden gebracht. Op grond van de zorgverzekering kan verzoekster daarom geen recht doen gelden op een hogere vergoeding dan die welke haar door de ziektekostenverzekeraar is toegekend. Rest de vraag naar de eventuele vergoeding op basis van EG-Verordening 1408/71.
- 9.6. Op grond van artikel 22 lid 1 sub c in samenhang met lid 2 van EG-Verordening 1408/71 kan een verzekerde, voorafgaande aan de behandeling, bij zijn zorgverzekeraar om een E 112-formulier verzoeken. Indien toestemming wordt geweigerd, kan achteraf worden getoetst of deze op juiste gronden is onthouden.
- Een dergelijke toetsing hoeft op grond van het arrest Stamatelaki (HvJ EG 19 april 2007, zaak C-444/05) niet te worden toegepast indien geen voorafgaande toestemming conform artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 is gevraagd.

- 9.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 april 2008 aan verzoekster medegedeeld dat hij het gevraagde E 112-formulier niet zal verstrekken. De behandeling is aangevangen op 13 oktober 2008.
Omdat hiermee naar het oordeel van de commissie tijdig voorafgaand aan de behandeling bij de ziektekostenverzekeraar om een E 112-formulier is verzocht, dient te worden onderzocht of de ziektekostenverzekeraar verzoekster de gevraagde toestemming terecht heeft geweigerd.
- 9.8. De weigeringsgronden voor het niet afgeven van een E 112-formulier beperken zich op grond van artikel 22 lid 1 onder c in samenhang met lid 2 van EG-Verordening 1408/71 tot de vraag of de betreffende behandeling een verzekerde prestatie is als bedoeld in de zorgverzekering en of deze behandeling kan worden geleverd in Nederland binnen de termijn die gewoonlijk nodig is, beoordeeld naar de gezondheidstoestand van de verzekerde op dat moment en het te verwachten ziekteverloop.
- 9.9. Naar aanleiding van het verzoek tot afgifte van een E 112-formulier heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster aangeraden een second opinion aan te vragen bij prof. dr. Vandertop van het VU medisch centrum te Amsterdam. Deze door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde medisch-specialist wordt volgens de ziektekostenverzekeraar beschouwd als de in Nederland meest ervaren specialist op het gebied van hersenstamchirurgie. Prof. dr. Vandertop stelt in zijn brief van 11 april 2008 dat de ingreep kan worden uitgevoerd in het VUmc. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop de afgifte van een E 112-formulier geweigerd en een machtiging naar Nederlands tarief afgegeven.
- 9.10. Daarnaast schrijft prof. dr. Vandertop in zijn brief van 11 april 2008 echter dat verzoekster de ingreep liever laat uitvoeren door “een neurochirurg die niet twijfelt over de uitkomst”. Hieruit leidt de commissie af dat prof. dr. Vandertop zelf twijfelde aan de uitkomst van de ingreep. Voorts schrijft prof. dr. Vandertop dat de grootte en ernst van de ingreep dermate is, dat het hem niet verstandig lijkt om op deze wankel vertrouwensbasis een dergelijke ingreep te verrichten. Los van de bekwaamheid van betrokkene – waaraan de commissie niet twijfelt – ontstond hierdoor de situatie dat behandeling door prof. dr. Vandertop – hoewel in theorie mogelijk – de facto geen optie (meer) vormde.
- 9.11. Verzoekster heeft aangevoerd dat er in Nederland verder geen artsen zijn die haar konden opereren; de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat prof. dr. Vandertop de ingreep kon uitvoeren, maar heeft geen andere artsen kunnen noemen die de onderhavige ingreep eveneens konden uitvoeren. Nu aannemelijk is geworden dat prof. dr. Vandertop ten tijde van de onderhavige kwestie als enige in Nederland de ingreep kon uitvoeren, maar deze zodanige twijfels had ten aanzien van de uitkomst van de ingreep dat het niet geraden was deze nog door hem te laten uitvoeren, is de commissie van oordeel dat de onderhavige zorg in Nederland feitelijk niet beschikbaar was.
- 9.12. Omdat hiermee de weigering tot het afgeven van een E 112-formulier door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende dan wel onjuist is gemotiveerd, terwijl wel sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en de indicatie evenmin wordt bestreden, is de commissie van oordeel dat verzoekster ten onrechte een E 112-formulier is geweigerd.

- 9.13. Door de ziektekostenverzekeraar zal per omgaande moeten worden overgegaan tot tarifiering, om vast te stellen welk tarief volgens de sociale ziektekostenverzekering in Zwitserland aan deze behandeling verbonden is. Na vaststelling van laatstgenoemd tarief, dient de ziektekostenverzekeraar het meest gunstige tarief aan verzoekster te vergoeden.
- 9.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoekster recht heeft op het tarief dat in Zwitserland op basis van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering voor deze behandeling wordt gehanteerd, indien en voor zover dat tarief hoger is dan de reeds door de ziektekostenverzekeraar toegezegde vergoeding van in totaal € 23.332,25.

Conclusie

- 9.15. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, op de wijze zoals in rechtsoverwegingen 9.13 en 9.14 is bepaald. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

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

Zeist, 3 november 2010,

Voorzitter