

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, dendritische celtherapie, hyperthermie, virotherapie
Zaaknummer : 2012.03196
Zittingsdatum : 26 juni 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010-2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010-2013, Vo. nr. 883/2004, Vo. nr. 987/2009)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis, en vanaf 1 januari 2013 op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic, en vanaf 1 januari 2013 de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Zorg 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De vanaf 1 januari 2013 eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Tand 2 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van dendritische celtherapie in combinatie met hyperthermie en virotherapie, uitgevoerd te Keulen (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 14 februari 2011 en 5 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 29 januari 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij emailbericht van 30 januari 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzeke-

ring dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 maart 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 juni 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 20 maart 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 22 mei 2013 (zaaknummer 2013041261) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat er in de huidige literatuur geen bewijs is gevonden dat de behandeling van gemetastaseerd oesophaguscarcinoom met dendritische celtherapie in combinatie met hyperthermie en virale therapie effectief is. De behandeling is derhalve niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 5 juni 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 juni 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 28 juni 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 22 juli 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 verzoeker

- 4.1. Op 19 februari 2010 is bij verzoeker slokdarmkanker gediagnosticeerd. In juni 2010 werd hij door de behandelend artsen in Nederland in de palliatieve fase geplaatst. Via het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam (hierna: AMC) en eigen onderzoek is verzoeker bij behandelingsmogelijkheden in Duitsland terecht gekomen. Er is bij vier klinieken in Duitsland een offerte opgevraagd, en uiteindelijk heeft verzoeker gekozen voor het Immunologisches und Onkologisches Zentrum Köln (hierna: IOZK). Reden hiervoor is dat het IOZK dendritische celtherapie uitvoert in combinatie met hyperthermie en virotherapie. Daarnaast wordt ook vooronderzoek uitgevoerd om vast te stellen of de therapie zinvol is. Op 18 november 2010 kreeg verzoeker de uit-

slag van het vooronderzoek. Volgens het IOZK voldeed hij op dat moment aan de voorwaarden om de therapie uit te voeren.

- 4.2. Verzoeker heeft sindsdien dendritische celtherapie in combinatie met hyperthermie en virotherapie ondergaan.
- 4.3. Eind november 2010 heeft verzoeker zich tot de ziektekostenverzekeraar gewend met een verzoek om vergoeding van de behandeling in Keulen. Op 6 december 2010 deelde de ziektekostenverzekeraar hem mede dat hij zich tot de afdeling Zorgadvies en bemiddeling kon wenden. Verzoeker stelt dat de reactie van de ziektekostenverzekeraar respectloos en onzorgvuldig is, gelet op zijn ernstige medische situatie. Er werd geen antwoord gegeven op zijn vraag. Op 9 december 2010 heeft verzoeker nogmaals concreet geïnformeerd naar de vergoeding van de behandeling. Op 15 december 2010 deelde de ziektekostenverzekeraar hem mede dat hij een machtiging diende aan te vragen, omdat de behandeling nog niet in Nederland was gestart. Op 3 januari 2011 heeft verzoeker een machtiging aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar deelde verzoeker op 14 januari 2011 mede dat zijn aanvraag was afgewezen, aangezien in de voorwaarden geen vergoeding is opgenomen voor de behandeling. Verzoeker stelt deze reactie incorrect te vinden. Immers, hij had zelf al geconstateerd dat deze zorg niet in de voorwaarden was opgenomen, en juist om die reden was hij met de ziektekostenverzekeraar in contact getreden. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om een gemotiveerd antwoord. Op 14 februari 2011 ontving hij een brief van de ziektekostenverzekeraar waarin werd gesteld dat “de zorg en behandelingen die op de nota’s staan vermeld in Nederland niet erkend worden als verantwoorde en adequate zorg”. Opmerkelijk is dat de beoordeling is gedaan op basis van nota’s, hoewel verzoeker nooit nota’s heeft ingediend. Volgens verzoeker is dit wederom een onrespectvolle reactie. Op 31 maart 2011 heeft hij de ziektekostenverzekeraar verzocht om een heroverweging. Op 17 juni 2011 bleek dat zijn brief aldaar onbekend was. Afgesproken werd deze alsnog per e-mail te sturen. Dit is zo geschied en de ziektekostenverzekeraar bevestigde de ontvangst ervan direct. Op 1 juni 2012 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar herinnerd aan zijn verzoek tot heroverweging. Uit telefonisch contact bleek dat de per e-mail verzonden brief van 31 maart 2011 wederom was zoekgeraakt. Verzoeker heeft deze brief daarom nogmaals per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Er werd hem meermalen toegezegd dat de afhandeling binnen enkele dagen zou plaatsvinden. Uiteindelijk ontving verzoeker op 25 juli 2012 de heroverweging. Deze brief was overigens gedaateerd op 5 juli 2012.
- 4.4. Verzoeker stelt dat sprake is van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de overeenkomst door de ziektekostenverzekeraar. Aanspraak bestaat op vergoeding van zorg als een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de zorgvorm en deze zorg doelmatig en doeltreffend is. Dendritische celtherapie in combinatie met hyperthermie en virotherapie is verantwoord en adequaat. Het feit dat verzoeker thans kankervrij is geeft aan dat de behandeling doelmatig en doeltreffend is geweest.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat sprake is van medische zorg zoals medisch specialisten die in de praktijk in Duitsland plegen te bieden. In Duitsland wordt onderhavige zorg beschouwd als verantwoord en adequaat. De behandeling die verzoeker heeft ondergaan komt in Duitsland voor vergoeding in aanmerking op grond van de Duitse particuliere ziektekostenverzekering, en sinds kort –

naar aanleiding van een uitspraak van het Bundesverfassungsgericht – ook op grond van het Duitse ziekenfonds. Het Bundesverfassungsgericht oordeelde dat als er sterke aanwijzingen zijn dat de behandeling aanslaat en uitzicht bestaat op genezing, er tot vergoeding moet worden overgegaan. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling diverse onderzoeken ondergaan. Aan de hand hiervan stelde het IOZK vast dat de behandeling een goede kans van slagen had. Verzoeker stelt dat als een dergelijke behandeling in Duitsland wordt vergoed, deze ook door de ziektekostenverzekeraar dient te worden vergoed. Op grond van artikel 22 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat werelddekking. Verzoeker verwijst in dit kader naar het arrest Müller-Faurré/Van Riet (C-385/99).

Eind 2010 heeft verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Uiteindelijk ontving hij in januari 2011 een afwijzing op grond van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar had de aanvraag echter primair moeten toetsen aan artikel 20 Vo. nr. 883/2004 en daarop een beslissing moeten nemen. Deze toetsing is achterwege gebleven. De ziektekostenverzekeraar geeft zelf aan dat niet adequaat op verzoekers aanvraag is gereageerd. Dit betekent dat de beslissing van de ziektekostenverzekeraar als te laat dient te worden beschouwd, waardoor de toestemming wordt geacht te zijn verleend. De ziektekostenverzekeraar moet daarom tot afgifte van een S2-formulier dan wel tarifiering over gaan. Een in dit kader gevraagde en verkregen toestemming impliceert immers recht en vergoeding volgens de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf. Tot slot brengt verzoeker in dat de wijze van klachtafhandeling door de ziektekostenverzekeraar niet klantgericht en dienstverlenend is. In een situatie als de zijne had hij verwacht dat de ziektekostenverzekeraar hem zou steunen, echter bleek dit niet het geval.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg indien een verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is (artikel 1.2 van de zorgverzekering). De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg “plegen te bieden”. Ook wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn een nadere uitwerking van de Regeling zorgverzekering.

5.2. Verzoeker heeft in Duitsland dendritische celtherapie ondergaan. Er is sprake van medisch specialistische zorg. De door verzoeker in dit kader overgelegde stukken zijn voorgelegd aan de medisch adviseur. Deze heeft geconcludeerd dat de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. In Nederland wordt deze zorg niet erkend als verantwoord en adequaat. Om die reden bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten. Daarnaast beschikt verzoeker niet over een verwijzing door een arts. Hij heeft er zelf voor gekozen in Duitsland dendritische celtherapie te ondergaan. Een verwijzing is één van de vereisten om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van medisch specialistische zorg.

- 5.3. De behandelend arts van verzoeker is volgens de nota's een "Facharzt für Allgemeinmedizin". Deze registratie staat in Nederland gelijk aan de titel huisarts. Dit is conform de richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad. De onderhavige behandeling is te beschouwen als alternatieve zorg. Als deze zou worden beschouwd als medisch specialistische zorg, is volgens de in Nederland geldende wet- en regelgeving en de polisvoorwaarden een huisarts niet bevoegd deze zorg te verlenen. Ook om die reden komen de kosten niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.4. Het CVZ heeft inmiddels geconcludeerd dat de behandeling van verschillende maligniteiten door middel van dendritische celtherapie, al dan niet in combinatie met hyperthermie, geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Verzoeker heeft verklaard dat de bloedbank en het AMC Amsterdam een klinisch onderzoek met dendritische celtherapie wilden starten. Het feit dat nog volop onderzoek wordt gedaan naar dendritische celtherapie maakt duidelijk dat deze zorgvorm niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hyperthermie is alleen als adjuvante therapie een te verzekeren prestatie en dan alleen in enkele specifieke situaties. Een en ander is terug te vinden in het overzicht zorgactiviteiten met aanspraakbeperking dat opgesteld is door het CVZ. Bij verzoeker is echter geen sprake van één van de genoemde situaties.
- 5.5. Uit de door verzoeker overgelegde stukken blijkt dat hij niet adequaat is geholpen bij zijn vraag. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat dit erg vervelend voor verzoeker is, zeker gezien de situatie waarin hij zich bevond op het moment dat hij contact opnam. Verzoeker worden excuses aangeboden voor de gang van zaken.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat op basis van de aanvraag is getoetst of is voldaan aan de stand van de wetenschap en praktijk. De medisch adviseur heeft onderzoek gedaan, en zo ook het CVZ. De uitkomst is dat de behandeling niet aan genoemd criterium voldoet. Om die reden is geen vergoeding mogelijk. De ziektekostenverzekeraar is gebonden aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Tot slot verklaart de ziektekostenverzekeraar de negatieve ervaringen van verzoeker te betreuren.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering (2010-2013), artikel 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010-2012) en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) 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 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverze-

kering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering (2010). Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Omschrijving:

*U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.
(...)*

Door:

*medisch specialist.
(...)*

Verwijzing door:

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

Machtiging:

*Ja.
(...)*”

Eenzelfde regeling is opgenomen voor de jaren 2011-2013.

8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“9.1. U woont in Nederland of in een ander EU-/EER-land of verdragsland

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

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;

- vergoeding van de kosten van zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door [naam ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;

*- vergoeding van de kosten van zorg door een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.
(...)*

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen hebt u bij het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. In-

*tramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht.
(...)*

9.4. Verwijzing en/of machtigingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/ of een machtiging vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (...)

Eenzelfde regeling is opgenomen voor de jaren 2011-2013.

- 8.4. Artikel 1.2 van de zorgverzekering bepaalt dat recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat als een verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

Eenzelfde regeling is opgenomen voor de jaren 2011-2013.

- 8.5. De artikelen 1.2, 9 en 13 van de zorgverzekering (2010) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2010-2013) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereuleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. Artikel 53 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010) regelt de aanspraak op vergoeding van niet-spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“53.2.1. Werelddekking

Onder werelddekking wordt verstaan de dekking van verzekerde risico's over de gehele wereld. Voor opname in een ziekenhuis geldt de dekking op basis van de laagste verpleegklasse.

53.2.2. Verzekerde risico's

Vergoed worden de kosten die zijn opgenomen in het pakket van de [naam ziektekostenverzekeraar] waarvoor de verzekerde verzekerd is, gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Niet vergoed worden de kosten:

- die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;*
- van vervoer en/of verblijf in verband met de behandeling.*

53.2.3. Riscodekking

Vergoeding van de kosten vindt plaats op basis van Nederlandse tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling/aanschaf in Nederland had plaatsgevonden.

53.2.4. Uitbetaling

De te verlenen vergoeding wordt uitbetaald in euro's en berekend naar de koers die gold op de uitschrijfdatum van de rekening.”

Eenzelfde regeling is opgenomen voor de jaren 2011-2012.

Artikel 22 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) regelt de aanspraak op niet-spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Omschrijving

Als u tijdelijk in het buitenland verblijft, dan hebt u ook recht op de vergoeding van kosten van zorg zoals opgenomen in deze aanvullende verzekering(en). Onder tijdelijk verstaan wij een verblijf van maximaal 365 dagen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers die gold op de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

Vergoeding

(...)

[naam ziektekostenverzekeraar] Extra Zorg 3

Vergoeding vindt plaats op grond van deze verzekeringsvoorwaarden en op basis van Nederlandse tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling/aanschaf in Nederland had plaatsgevonden.

(...)

Bijzonderheden

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis dan vergoeden wij de kosten op basis van de laagste verpleegklasse.”

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

1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de ver-*

blijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Voorafgaand aan de zorgverlening heeft een vooronderzoek door het IOZK plaatsgevonden. Op grond van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (hierna: VWEU) behoefde verzoeker voor bedoelde extramurale zorg geen voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Deze toestemming is door hem ook niet gevraagd. Naar ter zitting is gebleken, heeft de ziektekostenverzekeraar niet beoordeeld of de kosten van het vooronderzoek eventueel voor vergoeding in aanmerking komen op grond van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar dient dit daarom alsnog na te gaan.
- 9.2. De onderhavige zorgkosten – dat wil zeggen de kosten van de daadwerkelijke behandeling – zijn gemaakt in Duitsland, een lidstaat van de EU. Verzoeker is naar een andere lidstaat gegaan met het doel daar de betreffende zorg te verkrijgen. Er is derhalve sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.3. Uit de door verzoeker overgelegde stukken blijkt dat hij in de week van 22 tot en met 26 november 2010 telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te informeren naar de vergoeding van de onderhavige zorg. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat hij zijn verzoek per e-mail kon indienen. Vast staat dat verzoeker op 28 november 2010 bedoelde e-mail naar de ziektekostenverzekeraar heeft gezonden. Uit de stukken, en verzoekers verklaring ter zitting, blijkt dat verzoeker eind november 2010 is gestart met de behandeling. Derhalve hebben in het meest gunstige geval negen dagen (22 november en 30 november) tussen de aanvraag en de start van de behandeling gezeten. Dit is naar het oordeel van de commissie, zelfs gegeven de precaire medische situatie van verzoeker, geen redelijke termijn. Verzoeker had de ziektekostenverzekeraar een langere termijn moeten gunnen voor de reactie op zijn aanvraag. Op grond van het arrest van het Hof van Justitie (Stamatelaki C-444/05) blijft toetsing aan Vo. nr. 883/2004 dan achterwege en dient het recht op vergoeding te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. In dit kader is de vraag van belang of onderhavige zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en zodoende een verzekerde prestatie vormt. Uit het CVZ-advies van 22 mei 2013 volgt dat onderhavige zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Van een verzekerde prestatie is derhalve geen sprake, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van onderhavige zorg ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering, bestaat geen aanspraak op een (aanvullende) vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar dient na te gaan of de vooronderzoeken in aanmerking komen voor vergoeding op grond van de zorgverzekering. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.6 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 7 augustus 2013,

Voorzitter