

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A in zijn hoedanigheid van erfgenaam van B te F vs C te D
Zaak	: EU/EER, geneeskundige zorg, diagnostische laparoscopie en trans-gastrale tumorpunctie bij pancreascorpustumor
Zaaknummer	: 2008.02344
Zittingsdatum	: 26 augustus 2009

1. Partijen

A hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van erfgenaam van B te E, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 10 oktober 2008 de kosten verbonden aan een te Bochum (Duitsland) uitgevoerde diagnostische laparoscopie en transgastrale tumorpunctie met daarna chemotherapie en radiotherapie voor de behandeling van een pancreastumor bij verzekerde niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Tot haar overlijden – op 7 mei 2009 – was verzekerde 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 (hierna: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. Verzekerde heeft een verzoek gedaan tot vergoeding van de kosten verbonden aan de hierboven onder 2 omschreven behandelingen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 oktober 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzekerde medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Vanaf 14 oktober 2008 hebben de behandelingen, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 24 oktober 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 17 november 2008 heeft verzoeker zijn zaak aan de SKGZ voorgelegd, waarna een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 25 maart 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.

- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 5 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juni 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Bij brief van 24 juni 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 14 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29068911) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek in te willigen, omdat verzekerde een indicatie had voor de onderhavige zorg, mits blijkt dat zij is verwezen door haar huisarts. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 juli 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 24 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 26 augustus 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 12 november 2009 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 18 november 2009 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 verzoeker
- 4.1. De behandelend chirurg heeft bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: "lokal fortgeschrittener dringend malignomverdächtiger Pankreaskorpus-schwanztumor". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een laparoscopie en een transgastrale tumorpunctie, alsmede chemotherapie en bestraling, ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de behandelend arts van verzekerde in Nederland, op basis van een CT-scan en één consult, heeft vastgesteld dat zij nog drie tot zes maanden had te leven en dat verdere behandeling niet mogelijk was. Daarop werd verzekerde door haar huisarts naar de Ruhr Universiteitskliniek in Bochum verwezen voor een second opinion. De aldaar behandelend chirurg was van oordeel dat een levensreddende operatie weliswaar niet mogelijk was, maar een levensverlengende behandeling wel. Voordat kon komen vast te staan of deze behandeling mogelijk was, was een laparoscopische punctie van de tumor noodzakelijk. In Nederland weigerde men een dergelijke punctie uit te voeren. Daarom is verzekerde door de huisarts naar Duitsland verwezen.

Verzoeker stelt zich op het standpunt dat ten onrechte geen E 112-formulier is verstrekt voor de onderhavige behandeling.

4.3. Ter zitting is door verzoeker tevens vergoeding gevraagd van de gemaakte reiskosten in verband met de door verzekerde ondergane behandelingen. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat verzekerde na de diagnose alvleesklierkanker is doorverwezen naar Enschede voor behandeling. Daar werd haar medegedeeld dat de kanker inoperabel was en dat bestraling en chemotherapie geen uitkomst zouden bieden. Verzekerde is naar de huisarts gegaan, en heeft gevraagd of er wellicht andere mogelijkheden waren. Na telefonische raadpleging van het ziekenhuis in Enschede, waarbij de huisarts werd medegedeeld dat men aldaar voor verzekerde niets meer kon doen, heeft de huisarts verzekerde gezegd dat zij zelf onderzoek kon doen, en eventueel een verwijzing kon krijgen. Daarop heeft verzekerde zich tot de behandelaar in Bochum gewend.

4.4. Verzoeker 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 door de artsen in Duitsland dezelfde diagnose is gesteld als in Nederland. Bovendien is dezelfde behandeling voorgesteld. De behandeling in Bochum had geen toegevoegde waarde. Op voorhand was onduidelijk welke zorg verzekerde in Bochum zou ontvangen. Pas als duidelijk was geweest welke operatie zou worden uitgevoerd, had eventueel toestemming kunnen worden verleend. Een E 112-formulier kon niet worden afgegeven omdat het geplande zorg betreft en de behandelend arts in Nederland geen operatie-indicatie had gesteld. De behandelend artsen in het ziekenhuis in Enschede achtten de alvleeskiertumor vooraf niet operabel. Een indicatie voor de onderhavige behandeling was niet aanwezig.

5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat zijn medisch adviseur contact heeft opgenomen met het behandelcentrum in Enschede. Daar heeft de palliatieve zorg plaatsgevonden. In Twente wordt nog een zogenoemde heparine-trial aangeboden. De zorgverzekeraar is bereid de kosten van de palliatieve zorg te vergoeden volgens het daarbij behorende DBC-tarief. Op basis van de EG-Verordening 1408/71 moet wellicht ook het meerdere worden vergoed. De zorgverzekeraar zegt het aan de commissie over te laten hierover een uitspraak te doen.

5.3. 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.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of verzekerde een indicatie had voor de onderhavige behandelingen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel B24 bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden en luidt, voor zover hier relevant, als volgt:

“U heeft recht op:

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

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg, verpleeghuisarts of een bedrijfsarts, als de klachten met uw werk te maken hebben. (...)”

In artikel B36 van de zorgverzekering is de regeling met betrekking tot het zittend ziekenvervoer opgenomen. Deze bepaling luidt, voor zover hier relevant:

“U heeft recht op vergoeding van kosten van het openbaar vervoer in de laagste klasse, of op vergoeding van de kosten van een particuliere auto, tot een maximum van € 0,25 per kilometer. U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel, bijvoorbeeld per taxi, als vervoer per openbaar vervoer of eigen vervoer niet mogelijk is. (...)

Daar heeft u recht op als:

- het gaat om vervoer van en naar personen, instellingen en de woningen als bedoeld onder het artikel over ambulancevervoer, en*
- u nierdialyses moet ondergaan, of*
- u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan, of*
- u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of*
- u zich door uw beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of*
- u een langdurige ziekte of aandoening hebt en het niet toestaan van vervoer of de vergoeding van de kosten voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. Ook in dit geval heeft u de toestemming van [de zorgverzekeraar] nodig.*

Let op

- Het recht op vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.*
- Als [de zorgverzekeraar] u daarvoor toestemming geeft, geldt de beperking van 200 kilometer niet. (...)*”

In artikel B4 van de zorgverzekering is ten algemene bepaald dat het moet gaan om zorg zoals de betreffende beroepsgroepen die plegen te bieden. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

De mogelijkheid van vergoeding van de kosten in geval de zorg of dienst wordt betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geregeld in artikel B3 van de zorgverzekering. Deze bepaling luidt, voor zover in dit kader relevant, als volgt:

“(...) Kiest u voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoedt [de zorgverzekeraar] een deel van de kosten. Hoeveel, ziet u hierna bij de verschillende vormen van zorg.”

- 7.3. De artikelen B3, B4, B24 en B36 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (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 in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
 Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
 Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang in algemene bewoordingen geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Artikel 2.1 verwijst in lid 1 naar artikel 2.4, waarin is bepaald dat geneeskundige zorg zorg omvat zoals onder meer medisch specialisten die plegen te bieden. In artikel 2.1 lid 2 is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2 lid 2 Bzv is bepaald dat bij het vaststellen van de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen worden medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen. Zittend ziekenvervoer is geregeld in artikel 2.14 Bzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Uit het onder 3.9 genoemde advies van het CVZ blijkt dat verzekerde een indicatie had voor de laparoscopische punctie. De medisch adviseur stelt ten aanzien daarvan het volgende:
- “Volgens de zorgverzekeraar was dit niet geïndiceerd. Maar volgens de richtlijnen wel. De Nederlandse richtlijn van de Vereniging van Integrale Kankercentra vermeldt dat, indien de tumor op grond van diagnostiek niet resectabel is, de diagnose bij voorkeur door punctie bevestigd moet worden. Deze richtlijn dateert van 2001 en blijft geldig tot in het najaar van 2009 de nieuwe richtlijn verschijnt. In de versie van 2001 wordt weliswaar nog niet als standaard palliatieve behandeling chemotherapie aanbevolen, maar in de Duitse richtlijn van 2007 wel. Tevens stelt deze richtlijn als “obligaat” om in dat geval eerst met een biopsie (punctie) de diagnose te bevestigen.”*
- 7.7. De commissie neemt het standpunt van het CVZ over en maakt dit tot de hare. Op grond van bovenstaande komt de commissie tot de conclusie dat verzekerde een indicatie had voor de gevraagde laparoscopische punctie en de palliatieve behandelingen chemo- en radiotherapie.
- 7.8. Met betrekking tot de vraag of een geldige verwijzing door de huisarts heeft plaatsgevonden, heeft de commissie via verzoeker aan de huisarts enkele vragen gesteld. Uit deze verklaring en de overige in het dossier aanwezige stukken heeft de commissie de overtuiging gekregen dat het juist – of mogelijk mede – de huisarts is geweest die verzekerde naar Bochum heeft gestuurd, zodat in het licht daarvan van een – gericht-

te – verwijzing door de huisarts kan worden gesproken.

- 7.9. Rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. Met betrekking daartoe merkt de commissie het volgende op. De onderhavige zorg is verleend in Duitsland, omdat men in Nederland geen behandelmogelijkheden meer zag. Nu de aanvraag, voorafgaand aan de behandeling in Duitsland bij de zorgverzekeraar is ingediend, dient deze te worden beoordeeld op grond van artikel 22 lid 1 onder c-i van EG-verordening 1408/71. Gebleken is dat het om een verzekerde prestatie ingevolge de zorgverzekering gaat, waarop verzekerde naar inhoud en omvang was aangewezen en die in Nederland niet dan wel niet tijdig voorhanden was, zodat verzekerde het tijdig gevraagde E 112-formulier niet onthouden had mogen worden. Dientengevolge dient de zorgverzekeraar niet alleen de hoogte van de vergoeding op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering – dat wil zeggen conform de Nederlandse systematiek – vast te stellen, doch tevens over te gaan tot tarifiering van de onderhavige behandeling in Duitsland, waarna aan verzoeker op basis van het meest gunstige tarief vergoeding dient te worden verleend.
- 7.10. Wat betreft de gevraagde vergoeding van de gemaakte reiskosten merkt de commissie het volgende op. De zorgverzekeraar is akkoord gegaan met de vermeerdering van eis met betrekking tot zittend ziekenvervoer, waarna verzoeker na afloop van de zitting een overzicht heeft gegeven van de door hem gemaakte reiskosten. Daaruit blijkt dat elf keer zittend ziekenvervoer heeft plaatsgevonden in verband met chemotherapie van verzekerde. Ingevolge de polisvoorwaarden heeft verzoeker recht op vergoeding van deze kosten, tot een maximum van € 0,25 per gereden kilometer over de kortst gemeten afstand. Voorts geldt een beperking van 200 kilometer over een enkele reis. Voor zover verzoeker aanspraak maakt op het overige zittend ziekenvervoer, geldt dat deze kosten niet kunnen worden gebracht onder een van de onder de gedachtestreepjes 2 tot en met 5 van artikel B36 van de zorgverzekering limitatief opgesomde situaties. Ook is niet voldaan aan het zesde gedachtestreepje, omdat het niet vergoeden van de resterende kosten naar het oordeel van de commissie niet leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 7.9 en 7.10 is overwogen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, in overeenstemming met hetgeen is overwogen onder 7.9 en 7.10.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 16 december 2009,

Voorzitter