

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, als erfgenaam van wijlen mevrouw C, tegen D te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, hysterectomie, ovariëctomie beiderzijds, excisie lymfeklieren en resectie metastasen, dendritische celtherapie en hyperthermie, chemotherapie
Zaaknummer : 2013.00257
Zittingsdata : 16 april 2014 en 4 juni 2014

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 2012-2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012-2013, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, als erfgenaam van wijlen mevrouw C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Gewoon [naam label] Zorg (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Extra [naam label] Zorg afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzekerde heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling bestaande uit een hysterectomie, een ovariëctomie beiderzijds, excisie van de lymfeklieren en resectie van metastasen, in combinatie met dendritische celtherapie en hyperthermie, uitgevoerd te Keulen (Duitsland) alsmede vergoeding van de kosten van chemotherapie, uitgevoerd in Nederland en Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzekerde medegedeeld dat de kosten van de dendritische celtherapie en hyperthermie niet voor vergoeding in aanmerking komen.

3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft nadien aan verzekerde medegedeeld dat ter zake van de niet van vergoeding uitgesloten onderdelen van de behandeling in Keulen € 7.001,32 wordt vergoed.

3.3. Verzekerde heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzekerde medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.5. Bij brief van 21 juli 2013 heeft verzekerde de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ge-

houden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag van € 7.001,32 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzekerde het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzekerde te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzekerde aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 januari 2014 aan verzekerde gestuurd.
- 3.8. Bij brief van 31 januari 2014 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 5 maart 2014 (zaaknummer 2014012712) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat de vraag of verzekerde een indicatie heeft voor de ondergane operatie niet aan de orde is. Bij een juiste indicatie zou het door de ziektekostenverzekeraar toegepaste zorgproduct passend zijn voor de operatieve, chemotherapeutische en radiotherapeutische behandeling. Voorts deelt het CVZ de commissie mede dat dendritische celtherapie en hyperthermie van endometriumcarcinoom niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, zodat vergoeding hiervan niet ten laste van de zorgverzekering kan komen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 26 maart 2014, gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting, aan partijen gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 21 februari 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzekerde gestuurd.
- 3.10. Verzekerde heeft de commissie bij e-mailbericht van 3 maart 2014 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 12 maart 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.12. Verzekerde is op 20 maart 2014 overleden.
- 3.13. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 april 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.14. De ziektekostenverzekeraar is op 16 april 2014 telefonisch gehoord, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.15. Met het oog op het, ten tijde van het plannen van de hoorzitting, overlijden van verzekerde, heeft de commissie besloten partijen (nogmaals) in de gelegenheid te stellen zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 mei 2014 schriftelijk medegedeeld in per-

soon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 mei 2014 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.16. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 juni 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.17. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 19 oktober 2014 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.18. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 oktober 2014 gereageerd op de onder 3.17 genoemde informatie. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gezonden.
- 3.19. Bij brief van 3 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (voorheen: CVZ) afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of een en ander aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut Nederland bij brief van 21 november 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen 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. De behandelend internist-oncoloog in Nederland heeft ter zake van verzekerde op 20 juni 2012 het volgende verklaard: “(...) *Cerebraal gemetastaseerd endometriumcarcinoom. [Verzekerde] ziet af van reguliere behandeling met chemotherapie en verkiest behandeling in Duitsland met hyperthermie en dendritische celtherapie, gecombineerd met natuurgeneeswijze. (...)*”.
- 4.2. De behandelend gynecoloog in Nederland heeft ter zake van verzekerde op 11 juli 2012 het volgende verklaard: “(...) *hooggradig sereus carcinoom van het endometrium met clear cell differentiatie. De cerebrale lesies in de rechter hemisfeer werden op 16 mei (radicaal) verwijderd in het EMC. Na uitgebreide, multidisciplinaire bespreking werd geadviseerd te starten met chemotherapeutische behandeling, maar [verzekerde] zag hier vanaf. (...) Zij verkoos behandeling met hyperthermie en dendritische celtherapie en wordt hiervoor gezien in Keulen, bij prof. Gorter. (...) op 10 juli 2012 zag ik [verzekerde] op de polikliniek omdat zij sinds enkele dagen een zwelling vaginaal heeft bemerkt. (...) zonder twijfel een metastase van de bekende tumor. (...)*”.
- 4.3. De huisarts heeft op 13 augustus 2012 verklaard: “(...) *bekend met een gemetastaseerd endometriumcarcinoom. [Verzekerde] onderging op 16-05-2012 in het Erasmus MC via craniotomie een radicale verwijdering van de laesies in de rechter hemisfeer. PA uitslag van hersenmetastase: adenocarcinoom passend bij metastase van primair endometriumcarcinoom.*”, en verwees verzekerde naar Keulen voor verdere behandeling.
- 4.4. Op 14 augustus 2012 heeft in Keulen een operatie plaatsgevonden, bestaande uit een hysterectomie, een ovariëctomie beiderzijds, excisie van de lymfeklieren en resectie van metastasen.

- 4.5. Op 19 september en 10 oktober 2012 zijn door verzekerde in Nederland chemokuren gevolgd.
- 4.6. Op 9 november en 15 november 2012 heeft verzekerde in Nederland radiotherapie ondergaan.
- 4.7. De huisarts heeft op 4 december 2012 verklaard: “(...) bekend met gemetastaseerd endometriumcarcinoom. Recent is er bij een laparoscopie vastgesteld dat er geen nieuwe tumorgroei is, wel zijn er lymfekliermetastasen. [Verzekerde] voelt zich goed en wil verder gaan met de chemotherapie zoals voorgesteld, Carboplatin, Paclitaxel en Avastin, om de 3 weken”, en verwees verzekerde naar Keulen voor verdere behandeling.
- 4.8. Op 7 december 2012, 3 en 24 januari, 12 maart, 10 en 31 mei, 21 juni, 12 juli en 23 augustus 2013 hebben (chemotherapie)behandelingen in Keulen plaatsgevonden.
- 4.9. De artsen in Nederland hebben onvoldoende urgent en incorrect gehandeld, waardoor verzekerde haar eigen pad heeft moeten kiezen om adequaat te worden behandeld en haar levenskansen te vergroten. Verzekerde heeft gekozen voor onder andere hyperthermie en dendritische celtherapie in Duitsland. De ziektekostenverzekeraar weigert de hiermee gemoeide kosten te vergoeden. De kosten van de uitgevoerde behandeling zijn betaald door familieleden. Verzoeker wenst deze kosten aan hen terug te betalen.
- 4.10. In Nederland werd verzekerde verteld dat enkel palliatieve behandeling zou plaatsvinden. Er werd chemotherapie en radiotherapie voorgesteld. Verzekerde heeft verzocht om cryopreservatie van haar eierstokken. Dit werd geweigerd. Daarnaast werd er door de Nederlandse artsen op aangedrongen de hysterectomie uit te voeren ná de chemotherapie. Dit was volgens de Duitse arts echter de verkeerde aanpak. Uiteindelijk hebben in Duitsland onder meer een hysterectomie en cryopreservatie van de eierstokken plaatsgevonden. Dit is succesvol geweest. Door de hyperthermie en dendritische celtherapie is ervoor gezorgd dat er geen uitzaaiingen meer plaatsvonden.
- 4.11. In de zoektocht naar de beste behandeling werd verzekerde door de ziektekostenverzekeraar tegengewerkt. De ziektekostenverzekeraar heeft verzekerde deelgenoot gemaakt van kwesties die spelen met zorgverleners. Verzoeker stelt dat een patiënt verzekerd moet zijn van de beste, vertrouwde, en individueel afgestemde behandeling. Er zijn diverse behandelingen tegen kanker. De behandeling die verzekerde in Duitsland heeft ondergaan was in haar situatie de beste optie. De ziektekostenverzekeraar weigert over te gaan tot vergoeding, omdat de combinatie van dendritische celtherapie en hyperthermie een experimentele behandeling is. Verzoeker stelt dat chemotherapie bij endometriumcarcinoom eveneens experimenteel is. Dit wordt bevestigd door de behandelend internist-oncoloog in Nederland. Overigens werd pas op 21 november 2012 door de ziektekostenverzekeraar duidelijk gemaakt dat de combinatie van dendritische celtherapie en hyperthermie een experimentele behandeling is. Het is verzoeker uit onderzoek evenwel gebleken dat andere verzekeraars de onderhavige behandeling wél vergoeden. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn zodoende niet van deze tijd.

- 4.12. In juni 2012 is de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd dat verzekerde in Duitsland een gecombineerde behandeling met dendritische celtherapie en hyperthermie wilde ondergaan, waarvoor een machtiging is aangevraagd. Op 28 augustus 2012 zijn door verzekerde het behandelplan, de begroting, nota's, het declaratieformulier, het machtigingsformulier en een begeleidende brief naar de afdeling Declaratieservice van de ziektekostenverzekeraar gezonden. Hierop is geen reactie ontvangen. Op 12 december 2012 zijn de beoordeling en het machtigingsformulier van de kliniek in Keulen aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Ook hierop is geen reactie gekomen. In het telefonisch contact van 4 januari 2013 is door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de brief, het behandelplan en de begroting waren vernietigd door de afdeling Declaratieservice, en dat het behandelplan en de begroting opnieuw moesten worden toegestuurd, ditmaal naar de afdeling Machtigingen. Verzoeker verklaart dat op de website van de ziektekostenverzekeraar staat vermeld dat correspondentie aan de afdeling Declaratieservice moet worden gericht. Verzekerde is derhalve onjuist geïnformeerd.
- 4.13. Verzoeker is verheugd dat de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk is overgegaan tot vergoeding van de chemotherapie en de medicijnen.
- 4.14. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar verzekerde in de steek heeft gelaten. Er is niet ingespeeld op de ernst van de situatie. Kennelijk wordt van een patiënt verwacht dat deze zich bezig houdt met de administratie in plaats van met zoeken naar genezing.
- 4.15. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat de behandelingen van verzekerde met chemotherapie zijn doorgelopen tot ná januari 2013. De ziektekostenverzekeraar heeft een vergoeding verleend voor de betreffende behandelingen tot en met 3 januari 2013. Na afloop van de zitting zijn door verzoeker nota's overgelegd van de behandelingen met chemotherapie die ná 3 januari 2013 hebben plaatsgevonden.
- 4.16. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Ingevolge artikel 14 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op geneeskundige zorg. Conform artikel 1.2 van de zorgverzekering bestaat enkel aanspraak op zorg als iemand hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders plegen te bieden. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine 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.
- 5.2. Op 27 juni 2012 is een machtigingsaanvraag ontvangen voor de behandeling in Medisch Centrum Cologne, bestaande uit dendritische celtherapie en hyperthermie. Bij brief van gelijke datum is aan verzekerde een afwijzing van deze aanvraag gezonden. De behandeling die verzekerde heeft ondergaan voldoet namelijk niet aan de voorwaarden. Een bepaalde zorgvorm kan gewenst zijn en door een behandelend arts als

medisch noodzakelijk worden bestempeld, maar dit is niet altijd reden tot vergoeding over te gaan. Het verzekerde pakket is duidelijk afgebakend.

- 5.3. De klacht die verzekerde op 7 augustus 2012 zou hebben ingediend, is nimmer ontvangen door de ziektekostenverzekeraar. Een rechtsbijstandorganisatie heeft namens verzekerde op 6 november 2012 een klacht ingediend. Deze klacht is op 9 november 2012 ontvangen. Op basis hiervan is op 5 december 2012 de heroverweging uitgebracht.
- 5.4. De brief van de huisarts van verzekerde van 4 december 2012 is op 18 december 2012 ontvangen. In deze brief wordt verzekerde verwezen naar prof. dr. Mallmann van de Uniklinik te Keulen, en wordt verklaard dat verzekerde de chemotherapie wil continueren. De bijgevoegde informatie was echter niet voldoende om te beoordelen of de chemotherapie voor vergoeding in aanmerking komt en wat de hoogte van de eventuele vergoeding is. Daarom is bij brief van 18 december 2012 verzocht om aanvullende informatie. Er is geen aanvullende informatie van verzekerde ontvangen. Om die reden is haar op 17 januari 2013 een afwijzende beslissing gestuurd.
- 5.5. Op 4 januari 2013 heeft verzekerde telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar opgenomen. Volgens verzoeker zou haar bij die gelegenheid zijn medegedeeld dat bepaalde documenten waren vernietigd en dat deze documenten opnieuw moesten worden ingestuurd. De ziektekostenverzekeraar verklaart dit alles niet te hebben kunnen achterhalen. Er zijn door hem notities overgelegd van twee telefoongesprekken die op 4 januari 2013 hebben plaatsgevonden. Hieruit blijkt niet dat de mededelingen, zoals verzoeker die stelt, zijn gedaan.
- 5.6. De operatie die verzekerde heeft ondergaan in de Uniklinik te Keulen is vergoed volgens het Nederlandse tarief. Er is uitgegaan van DBC code 0711000140703 met een bijbehorend tarief van € 7.001,32 in 2011. In 2012 was het tarief € 5.924,83. Er is geen S2-formulier afgegeven, omdat de operatie al had plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten alsnog te toetsen aan art. 20 Vo. nr. 883/2004. De uitkomst van de tarifiering is dat op basis van de Duitse sociale ziektekostenverzekering € 8.668,11 wordt vergoed voor de operatie die verzekerde heeft ondergaan. Een bedrag van € 130,- geldt als eigen bijdrage voor de ligdagen, maar de ziektekostenverzekeraar brengt dit bedrag niet in mindering op de vergoeding. Aangezien reeds € 7.001,32 was vergoed voor de operatie, is € 1.666,79 nabetaald.
- 5.7. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars werken met DBC's. Een DBC is een totaaltraject vanaf de diagnose van de medisch specialist tot en met de (eventuele) ziekenhuisbehandeling die hierop volgt. Alle gebruikte medicijnen, verbandmiddelen en andere onderdelen van de behandeling vallen hieronder. Uitzondering daarop zijn dure geneesmiddelen. Die kunnen voor vergoeding in aanmerking komen op grond van Bijlage 5 Rzv.
De behandelingen met chemotherapie die hebben plaatsgevonden in Keulen, in december 2012, januari 2013 en maart 2013, zijn inmiddels vergoed volgens het Nederlandse tarief. Deze behandelingen vallen onder DOT-code 020108110 en het bijbehorende tarief is € 867,15. Een en ander is (de partner van) verzekerde op 7 mei 2013 telefonisch medegedeeld. Dit telefoongesprek is op 13 mei 2013 schriftelijk bevestigd. De behandelingen met chemotherapie zijn niet getoetst aan art. 20 Vo. nr. 883/2004, maar er is besloten dit alsnog te doen.

Conform het advies van de medisch adviseur worden de chemotherapie en de medicijnen tegen kostprijs vergoed. De declaraties hiervoor van € 7.701,10 en € 5.290,76 zijn gecorrigeerd. Op 22 januari 2014 zijn bedragen van € 5.966,80 en € 4.423,61 overgemaakt aan verzekerde.

- 5.8. Artikel 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering is niet van toepassing, aangezien geen sprake is van spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in een ander land dan Nederland. Voor zorg met verblijf in het buitenland is voorafgaande schriftelijke toestemming vereist. Verzekerde heeft geen schriftelijke toestemming gekregen voor de behandelingen in Duitsland.
- 5.9. Verzoeker stelt dat sprake is van onheuse bejegening van verzekerde. Het spijt de ziektekostenverzekeraar dat de communicatie als onvoldoende is ervaren. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn excuses aan voor het feit dat in de eerste afwijzingsbrief niet duidelijk is uitgelegd waarom de aanvraag werd afgewezen. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat hij niet bepaalt welke behandeling een verzekerde krijgt. Er wordt door hem enkel beoordeeld of de kosten van een medische behandeling voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.10. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Het CVZ-advies wordt onderschreven. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat meer is vergoed dan waar verzekerde recht op had.
- 5.11. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdens de tweede hoorzitting verklaard dat op 22 januari 2014 een nabetaling is gedaan in verband met de chemotherapie en medicatie. De vergoeding is niet gemaximeerd tot het Nederlandse tarief, maar er heeft volledige kostenvergoeding plaatsgevonden. Enkel de dendritische celtherapie en hyperthermie zijn niet vergoed. Voorts biedt de ziektekostenverzekeraar nogmaals zijn excuses aan voor het feit dat de communicatie destijds niet steeds goed is verlopen.
- 5.12. Voor de (chemotherapie)behandelingen die na 3 januari 2013 hebben plaatsgevonden is een vergoeding van € 10.020,42 verleend. Deze nabetaling is in oktober 2014 verricht. Op 28 oktober 2014 is verzoeker telefonisch geïnformeerd over deze vergoeding.
- 5.13. 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 (2012-2013) en artikel 2.17 van de aanvullende ziektekostenverzekering(2012-2013) 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 een (aanvullende) vergoeding toe te kennen voor de operatie, de dendritische celtherapie en hyperthermie, en de chemotherapie, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziekte-

kostenverzekering.

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 11 tot en met 34 van de zorgverzekering (2012) en de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering (2013).

Artikel 14 van de zorgverzekering (2012) 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 geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.

(...)

Door

Medisch specialist.

Let op:

Wij sluiten voor medisch specialistische zorg met een beperkt aantal zorgaanbieders contracten. U vindt deze zorgaanbieders op onze website. (...)

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij specifiek voor [naam zorgverzekering] van [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

(...)

Verwijsbrief

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

In artikel 14 van de zorgverzekering (2013) is een vergelijkbare bepaling opgenomen.

8.3. Artikel 1.2 van de zorgverzekering (2012-2013) regelt dat de inhoud en omvang van de zorg mede wordt 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.

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering (2012) regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

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

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg 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;

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;

- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

(...)

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. (...)

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)."

In artikel 9 van de zorgverzekering (2013) is een vergelijkbare bepaling opgenomen.

- 8.5. De artikelen 1.2, 9 en 14 van de zorgverzekering (2012-2013) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2012-2013) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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, lid 2 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 regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) betreft zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“De in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie zijn niet van toepassing op dit artikel.

6.1 Geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf in een ander land dan Nederland

Omschrijving

(...)

Daarnaast vergoeden wij zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bij tijdelijk verblijf in een ander land dan Nederland, gedurende een aaneengesloten periode van maximaal twaalf maanden.

Door

Een door de plaatselijke overheid erkende zorgaanbieder of instelling die voldoet aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen.

Toestemmingsvereisten

Voor zorg, die gepaard met verblijf, of tandheelkundige behandelingen buiten Nederland voor zover de geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is onze voorafgaande schriftelijke toestemming vereist.

Vergoeding

[naam aanvullende ziektekostenverzekering]

(...)

- Wanneer de geneeskundige behandeling of verzorging in een ander land dan Nederland uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, vindt vergoeding plaats tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

(...)”

Artikel 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) is gelijkloidend.

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 verblijfplaats, 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. Verzekerde is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

- 9.2. Verzekerde heeft voorafgaand aan de behandeling op 19 juni 2012 telefonisch de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Zij is daarbij gehouden de ziektekostenverzekeraar een redelijke termijn te gunnen voor de beoordeling van dit verzoek. Op 21 juni 2012 is de behandeling in Keulen gestart. Naar het oordeel van de commissie is een termijn van twee dagen niet te beschouwen als een redelijke termijn. De situatie is derhalve vergelijkbaar met die waarin voorafgaand aan de behandeling in het geheel geen toestemming is gevraagd. Vo. nr. 883/2004 vindt daarom geen toepassing. Zulks betekent dat getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Ingevolge artikel 14 van de zorgverzekering (2012-2013) bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg. Artikel 1.2 van de zorgverzekering (2012-2013) bepaalt dat de inhoud en omvang van deze zorg (mede) wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Uit het CVZ-advies van 5 maart 2014 blijkt dat dendritische celltherapie, al dan niet in combinatie met hyperthermie, bij endometriumcarcinoom niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Derhalve is geen sprake van een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering en bestaat geen aanspraak op vergoeding van de behandeling die is uitgevoerd in het Medisch Centrum Cologne.
- 9.4. Ten aanzien van de in de Uniklinik te Keulen uitgevoerde operatie is door de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk vergoeding verleend op basis van het Nederlands tarief. Hierbij is uitgegaan van DBC-code 0711000140703, met een bijbehorend tarief van € 7.001,32 (2011). Genoemde code en tarief komen de commissie juist voor. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft verzekerde dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding. Hierbij wordt nog aangetekend dat het tarief in 2012 aanzienlijk lager was.
Indien verzekerde voorafgaand aan de operatie toestemming van de ziektekostenverzekeraar had gevraagd en gekregen, en deze een S2-formulier had afgegeven, zouden de kosten van de operatie zijn vergoed conform de Duitse sociale ziektekostenverzekering. De vergoeding zou in dat geval € 8.668,11 hebben bedragen. Dit bedrag is uiteindelijk ook door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Ook op grond van Vo. nr. 883/2004 – welke verordening, als onder 9.2 gesteld, in casu buiten toepassing blijft - zou verzekerde dus geen aanspraak hebben op een hogere vergoeding.
- 9.5. De behandelingen met chemotherapie, die in december 2012 en januari en maart 2013 in Duitsland hebben plaatsgevonden, zijn vergoed op basis van het Nederlands tarief. Hierbij is uitgegaan van DOT-code 020108110, met een bijbehorend tarief van € 867,15. Genoemde code en tarief komen de commissie juist voor. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft verzekerde geen aanspraak op een hogere vergoeding. Zoals hiervoor is overwogen, blijft Vo. nr. 883/2004 buiten toepassing. De ziektekostenverzekeraar heeft desalniettemin besloten een tarifieringsverzoek te doen bij het Duitse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering. Voor zover tarifiering leidt tot een hogere vergoeding en de ziektekostenverzekeraar tot een nabetaling beslist, zal de commissie in die beslissing niet treden.
- 9.6. De overige behandelingen met chemotherapie en de medicijnen zijn volgens de ziektekostenverzekeraar tegen kostprijs vergoed. De juistheid van de vergoeding is door verzoeker niet gemotiveerd bestreden zodat de vergoeding van de bedragen ad € 4.423,61, € 5.966,80 en € 10.020,42 als juist heeft te gelden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Werking privaatrecht

- 9.8. Verzoeker heeft nog gesteld dat de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig is en dat verzekerde onheus is bejegend. De ziektekostenverzekeraar heeft excuses aangeboden voor de wijze van communiceren. De commissie merkt in dit verband op dat ook indien sprake zou zijn van onheuse bejegening – hetgeen niet is vastgesteld –, aan deze omstandigheid geen vergoedingsrechten in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden kunnen worden ontleend. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd met betrekking tot de situatie van verzekerde kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.10. De commissie acht termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 17 december 2014,

Voorzitter