



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van erfgenaam van wijlen C, vertegenwoordigd door D te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Verenigde Staten, behandeling gemetastaseerd adenocarcinoom, hoogte vergoeding, reis- en verblijfskosten

Zaaknummer : 201502702

Zittingsdatum : 31 augustus 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2012-2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4, 2.13-2.16 Bzv, 2.38 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012-2014)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van erfgenaam van wijlen C, hierna te noemen: erflaatster, vertegenwoordigd door D te B,



tegen



IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten aanvankelijk op basis van de IZA Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (2012) en nadien op grond van de IZA GezondSamenPolis Restitutie (2013-2014) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren door erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Aanvullend Classic (2012) en IZA Extra Zorg 3 (2013-2014) 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 eveneens door erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar voor de jaren 2013 en 2014 afgesloten aanvullende verzekering IZA Extra Tand 2 is niet in geschil en blijft derhalve 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 de behandeling van erflaatster in Texas (Verenigde Staten), en de hiermee gemoeide reis- en verblijfkosten (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 31 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster (onder meer) medegedeeld dat voor extramurale zorg in het buitenland geen voorafgaande toestemming nodig is, en voor intramurale zorg wél.
- 
- 3.2. Erflaatster, en na haar overlijden verzoeker, hebben de kosten van de behandeling, alsmede de reis- en verblijfkosten bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar is tot een gedeeltelijke vergoeding van de behandelkosten en de reiskosten overgegaan, maar heeft vergoeding van de verblijfkosten afgewezen.
- 
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van onder meer 27 maart 2013, 29 november 2013, 3 juli 2014, 26 februari 2015 en 17 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.4. Verzoeker heeft zich op 30 september 2015 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend.

-  3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 23 december 2015 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
-  3.6. Bij brief van 9 februari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een hogere vergoeding toe te kennen voor de door erflaatster ondergane behandeling, en aan verzoeker een (hogere) vergoeding te verlenen voor de gemaakte reis- en verblijfkosten, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
-  3.7. 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.
-  3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 juni 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 juni 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
-  3.10. Bij brief van 21 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 22 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016079821) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen indien de meer passende DBC's niet leiden tot een hogere vergoeding. Erflaatster is in Texas behandeld voor gemetastaseerd adenocarcinoom. Uit het dossier is op te maken dat bij erflaatster in 2011 een metastase in het bekken van een primaire longtumor is vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de behandeling gedeeltelijk vergoed. Voor de berekening van de vergoeding is uitgegaan van diverse DBC's voor de afzonderlijke behandelingen. De door de ziektekostenverzekeraar gebruikte DBC's zijn passend, behalve de codes 020107074 en 020107024 voor behandelingen 2013 en 2014 (begeleiding CT/RT). Deze codes hebben betrekking op borstkanker als primaire tumor. Passender zou zijn een DBC te nemen die uitgaat van 'kanker van ademhalingsstelsel', aangezien de primaire tumor geen mammatumor, maar een longtumor was, en dit betreft code 029099042. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 9 augustus 2016 aan partijen gezonden.
-  3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 augustus 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.12. Verzoeker heeft de commissie en de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 1 september 2016 aanvullende informatie gezonden.
-  3.13. Bij brief van 2 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en het nagekomen stuk gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en het nagekomen stuk aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 9 september 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en het nagekomen stuk geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

-  4.1. Erflaatster is vanaf het voorjaar van 2012, na overleg met diverse artsen en nadat toestemming aan de ziektekostenverzekeraar was gevraagd, behandeld in het Arlington Cancer Center in Texas (Verenigde Staten) in verband met een uitgezaaide tumor in het bekken. Gedurende een tweetal jaren is de behandeling hoopvol verlopen, echter erflaatster is in augustus 2014 toch overleden. Over de behandeling en de te verlenen vergoedingen is vanaf het najaar van 2011 uitvoerig gecorrespondeerd met de ziektekostenverzekeraar. Er bestaat geen verschil van mening over het feit dat de door erflaatster ondergane behandeling regulier is, en daarmee declarabel. Veel zaken zijn inmiddels in goede orde afgewikkeld, maar over een aantal punten bestaat nog verschil van inzicht. Het geschil spitst zich toe op een drietal punten: (i) een gedeelte van de zorgkosten die zijn gemaakt ten behoeve van erflaatster is niet vergoed, (ii) reis- en verblijfkosten in het kader van de behandeling van erflaatster zijn niet volledig vergoed, en (iii) bepaalde vragen zijn niet specifiek en beargumenteerd beantwoord.
-  4.2. Aangaande punt (i) stelt verzoeker het volgende. Het vertalen van een behandeling naar DBC-zorgproducten is niet hetzelfde als het gelijkstellen met DBC-zorgproducten. Dit laatste heeft de ziektekostenverzekeraar strak toegepast, hetgeen geen recht doet aan de medisch verantwoorde verschillen in de behandeling. Indien en voor zover de behandeling intensiever is, zal voor dit werk een passende vergoeding moeten worden verleend. Het is begrijpelijk dat deze vergoeding dan ligt op het niveau van het zo goed mogelijk benaderde Nederlandse prijspeil. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) ondersteunt de visie van verzoeker. Ter zake van zorgkosten is een bedrag van circa € 94.000,-- voor eigen rekening gebleven.
-  4.3. Verzoeker voert met betrekking tot punt (ii) het volgende aan. De ziektekostenverzekeraar heeft noch voor erflaatster, noch voor haar begeleiding, enige vergoeding verleend voor de kosten van het vervoer van en naar Texas, en de verblijfkosten in Texas. Het uitsluitend vergoeden van de werkelijke kilometers ter plaatse strookt niet met de polisvoorwaarden. Hierdoor is een bedrag van circa € 64.000,-- voor eigen rekening gebleven. Een inhoudelijke reactie op de argumenten van verzoeker is niet gegeven. Frappant is wel dat de ziektekostenverzekeraar op 19 september 2013 heeft medegedeeld: *"Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan geldt de beperking van 200 km niet."* Verzoeker stelt in dit verband dat toestemming is verleend voor de behandeling van erflaatster in Texas, zodat ingevolge de verklaring van de ziektekostenverzekeraar de beperking tot 200 kilometer niet geldt.
-  4.4. Met betrekking tot punt (iii) stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte niet met argumenten en specificaties uitlegt waardoor de diverse grote verschillen in kosten en vergoedingen worden veroorzaakt. Een voorbeeld hiervan is het verschil in de kosten van de radiotherapie ad € 39.000,-- en de vergoeding hiervoor van € 5.000,--. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, is geen sprake van vervolgbehandelingen. Vragen hierover van verzoeker worden niet beantwoord. Voorts tracht de ziektekostenverzekeraar steeds weer een mistgordijn op te trekken over het al dan niet verlenen van toestemming voor de behandeling in Texas, en het reizen en verblijf aldaar. Hiermede wordt de aandacht afgeleid van de inhoudelijke discussie over de hoogte van de vergoedingen. Door de verklaring van de ziektekostenverzekeraar dat de behandeling regulier, en daarmee declarabel is, is de vraag of toestemming is verleend irrelevant geworden. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar door de niet eenduidige en trage beantwoording zijn mogelijke rechten in het kader van de onderhavige discussie verwerkt.
-  4.5. Verzoeker vraagt de commissie te beslissen dat:
-  1. De ziektekostenverzekeraar wel degelijk toestemming heeft verleend voor zowel de behandeling als het reizen naar en het verblijf in Texas;
 -  2. de afwijkingen in - en meer intensieve behandeling - controle, en begeleiding moeten worden vertaald naar een marktconforme vergoeding naar Nederlands tarief;

3. de geconstateerde grote verschillen tussen kosten en vergoedingen inhoudelijk moeten worden uitgelegd en beargumenteerd door de ziektekostenverzekeraar;
4. de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker - en zijn familieleden - meer tegemoet te komen in de gemaakte reis- en verblijfkosten.

4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het advies van het Zorginstituut niet de kern van het geschil betreft. Zowel uit de verzekeringsvoorwaarden (artikel 1.5 in 2012) als het e-mailbericht van de NZa van 13 december 2013 kan worden geconcludeerd dat indien zorg in het buitenland geleverd wordt, een marktconforme prijs moet worden vergoed. DBC's kunnen daarvoor een goede indicatie geven, maar als de zorg nog niet in Nederland op die wijze wordt geleverd kunnen de tarieven uit het buitenland een indicatie geven voor een marktconforme prijs. Dit is wezenlijk anders dan hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt. De ziektekostenverzekeraar handelt zeer rigide: er is geen sprake van vertalen naar een passend DBC-zorgproduct, maar van gelijkstellen. Verzoeker stelt dat de zorg die erfiaatster heeft gekregen in Nederland niet kon worden verkregen. Er zijn dus geen passende DBC-zorgproducten, waardoor te weinig is vergoed. Een voorbeeld hiervan is de celprofilering. Deze was in de Verenigde Staten aanzienlijk diepgaander, en wordt bovendien aldaar vaker uitgevoerd. Door de toegepaste behandeling zijn nota bene veel kosten bespaard, want er zijn geen 'trial and error' medicaties toegediend die niet passen bij de celprofilering (zinloze behandelingen zijn voorkomen). Voorts heeft verzoeker aangevoerd dat voor elke stap toestemming is gevraagd en dat de ziektekostenverzekeraar daar een aantal keren niet en/of te laat en/of niet eenduidig op heeft geantwoord. De ziektekostenverzekeraar is ernstig in gebreke gebleven in deze en heeft daarmee het recht om op dit punt in discussie te gaan, verspeeld. Dit is van belang omdat de aanvullende ziektekostenverzekering volledige vergoeding op basis van Nederlands tarief biedt voor niet-spoedeisende zorg in het buitenland *na toestemming*. Tevens is de voorafgaande toestemming van belang voor de vergoeding van het vervoer. Erfiaatster en haar familie hebben vanaf eind 2011 telkenmale toestemming gevraagd voor de reis- en verblijfkosten. Pas op 27 maart 2013 deelde de ziektekostenverzekeraar mede dat deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Dat was ruim nadat overleg had plaatsgevonden over de behandeling van erfiaatster in de Verenigde Staten. Later in 2013, en in 2015 werd vergoeding van de reiskosten afgewezen omdat geen voorafgaande toestemming was gegeven. De ziektekostenverzekeraar had hier eerder duidelijkheid in kunnen verschaffen. Thans is de vraag of de ziektekostenverzekeraar het niet *wil* of niet *kan*. Verzoekster heeft toegelicht dat de in de Verenigde Staten gemaakte reiskosten zijn vergoed. Het betreft thans nog de reiskosten van en naar Texas. Tot slot heeft verzoeker gesteld dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de zorg in de Verenigde Staten duurder is, een algemene stelling is die niet is onderbouwd. Uit eigen onderzoek is gebleken dat de kosten in Nederland vaak hoger liggen. Overigens is voor de onderhavige zorg een korting van 45% bedongen.

4.7. Nadien heeft verzoeker verklaard dat de ziektekostenverzekeraar pas eerst medio mei 2013 heeft verzocht om (aanvullende) medische informatie. Dit is dus wel degelijk anderhalf jaar na het oorspronkelijke verzoek om toestemming.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De Zorgverzekeringswet en de daarop gebaseerde regelingen schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die de zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die ruimer of beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zorgverzekeringswet bepaalde is voorgeschreven. Een verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in de voorwaarden als hij/zij op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is.

De zorgverzekering biedt aanspraak op medisch specialistische zorg. Voor extramurale zorg (poliklinische behandeling) is geen voorafgaande toestemming noodzakelijk; voor planbare intramurale zorg (klinische behandeling) wél.

Indien een verzekerde voor medisch specialistische zorg naar het buitenland gaat, vergoedt de ziektekostenverzekeraar de kosten tot maximaal de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) toepasselijke tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijzen.

De ziektekostenverzekeraar berekent de maximale vergoeding voor medisch specialistische zorg aan de hand van een DBC. Een DBC is het totale traject vanaf de diagnosestelling tot en met de (eventuele) ziekenhuisbehandeling die daaruit volgt, en de voor- en nacontroles. Aan elke DBC is een tarief gekoppeld. Een DBC-tarief is een totaalprijs voor de complete behandeling. Een DBC loopt maximaal een jaar, en de tarieven kunnen jaarlijks wijzigen. Zodoende bepaalt het DBC-zorgproduct de hoogte van de vergoeding.

De tarieven van DBC's zijn vastgesteld of hierover is onderhandeld op basis van gemiddelde profielen. Omdat het gaat om gemiddelde profielen, zal niet elk element (onderdeel van een behandeling) bij elke patiënt worden uitgevoerd.

De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de website van de NZa, waarop ter zake is vermeld:

"Buitenlandse ziekenhuizen werken niet met DBC-zorgproductcodes. Zorg die u in het buitenland hebt genoten, kan uw zorgverzekeraar wel vergoeden volgens de Nederlandse DBC-zorgproductensystematiek. Uw verzekeraar vertaalt de zorg dan naar een passend DBC-zorgproduct. Het DBC-zorgproduct dat daarbij gekozen wordt, is bepalend voor de hoogte van de vergoeding."

Daarnaast dienen voor een geplande behandeling in het buitenland een verwijzing, een behandelplan en een kostenbegroting te worden overgelegd.

Voorts biedt de zorgverzekering aanspraak op zittend ziekenvervoer (artikel 33) van en naar het ziekenhuis tijdens de chemotherapie over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis. Voorafgaande toestemming is vereist.

- 5.2. Erflaatster is in het Arlington Cancer Center in Texas behandeld voor haar ernstige ziekte, aangezien behandeling in Nederland onvoldoende perspectief bood en zij en haar familie niet te spreken waren over de medisch specialisten en de behandeling in Nederland. Erflaatster en haar familie hebben weliswaar voor de behandeling in Texas toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, maar de uitkomst van die aanvraag is door hen niet afgewacht. Met het zonder toestemming starten van het behandeltraject hebben erflaatster en haar familie een - financieel - risico genomen. Ook voor het vervoer is geen voorafgaande toestemming verleend. Omdat de ziektekostenverzekeraar in de communicatie over het algemeen niet snel en voortvarend is geweest, is enige coulance betracht en is toch overgegaan tot vergoeding. De door verzoeker gedeclareerde kosten ter zake van de behandeling van erflaatster in Texas zijn voor een zeer groot deel vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De kosten die zijn vergoed in de periode tot en met 22 januari 2015 bedragen opgeteld ruim € 690.000,--. Deze vergoeding betreft zorgkosten (operaties, chemotherapie, medicijnen en dergelijke) en vervoerskosten, alsmede de wettelijke rente. De gedeclareerde kilometers in Texas zijn volledig vergoed. De verblijfskosten in een appartement of hotel zijn geen verzekerde zorg in het kader van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Een verzekerde heeft recht op vergoeding van medisch noodzakelijk verblijf in een instelling (ziekenhuis e.d.). De kosten van de reizen van en naar Texas (de vliegtickets), huurauto's en dergelijke zijn niet opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden, en zijn derhalve niet vergoed.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat zijn medisch adviseurs de door verzoeker overgelegde informatie en declaraties zorgvuldig hebben beoordeeld. Bij die beoordeling is de DBC-systematiek gehanteerd. De behandelingen die erflaatster in Texas heeft ondergaan, zijn vertaald naar een passend DBC-zorgproduct. Richting erflaatster en haar familie (waaronder verzoeker) is telkens benadrukt dat bij het vaststellen van een eventuele vergoeding altijd wordt uitgegaan van het bedrag dat zou zijn vergoed als de behandeling in Nederland had plaatsgevonden (maximaal het Nederlandse tarief). Verder is herhaaldelijk medegedeeld dat de tarieven in het buitenland vaak hoger zijn dan de tarieven in Nederland, en dat dit kan betekenen dat een groot deel van de kosten voor eigen rekening komt. De kosten van zorg in de Verenigde Staten zijn vele malen hoger dan de

kosten van zorg in Nederland. Soms zijn behandelingen wel tot een factor tien duurder. Dit verklaart waarom een groot gedeelte van de kosten voor rekening van verzoeker blijft.

Richting erflaatster en haar familie is ook steeds gecommuniceerd welk DBC-zorgproduct van toepassing was, zodat inzichtelijk was wat vergoed werd. De ziektekostenverzekeraar is zodoende van mening dat ter zake van alle ingediende declaraties is uitgelegd welk bedrag is vergoed. Ingeval niet tot vergoeding is overgegaan, was dit gelegen in het feit dat de gedeclareerde behandeling onder een reeds vergoed DBC-zorgproduct viel. De uitgevoerde beoordeling doet recht aan het behandeltraject. De gedeclareerde kosten zijn voor een zeer groot gedeelte wél door de ziektekostenverzekeraar vergoed, en dit is binnen de grenzen en marges van de polisvoorwaarden zo gunstig mogelijk voor erflaatstergeschied. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de medisch adviseurs bij de beoordeling van de gedeclareerde zorg de doelmatigheid binnen de grenzen van het toelaatbare ten gunste van erflaatster hebben getoetst.

Erflaatster en haar familie hebben weloverwogen voor de behandeling in Texas gekozen, en zij wisten van tevoren dat geen volledige vergoeding zou plaatsvinden. Het is begrijpelijk dat verzoeker alsnog volledige vergoeding wenst, maar hiertoe wordt niet overgegaan.

- 5.4. Aan verzoeker - en zijn familie - zijn excuses aangeboden voor het feit dat declaraties niet altijd tijdig zijn verwerkt, en dat de communicatie niet altijd voortvarend is geweest. De ziektekostenverzekeraar is evenwel van mening dat de declaraties correct zijn verwerkt, en dat hij zich daarbij aan de geldende wet- en regelgeving heeft gehouden. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn uiterste best gedaan om de ongelukkige start - aanvankelijk verliep de communicatie niet voortvarend - om te buigen en is zonder de vereiste vooraf verleende toestemming toch tot vergoeding overgegaan.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat een principieel verschil van inzicht bestaat over de vertaling van de uitgevoerde medische handelingen naar DBC's. De medisch adviseurs hebben die slag naar eer en geweten gemaakt. Er is geen andere systematiek. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat vergoeding van de Amerikaanse tarieven niet aan de orde is. Vertaling naar DBC's moest plaatsvinden en bij twijfel is in het voordeel van erflaatster besloten. De zorg in de Verenigde Staten is duur. In het onderhavige geval is 20% van de kosten voor eigen rekening gebleven, maar in andere gevallen is dit wel 50%. Het heeft geen zin een analyse van het verschil te maken. In de Nederlandse tarieven is ook de zorg in academische centra vervat. Feit is dat oncologische behandelingen in de Verenigde Staten, zeker als het gaat om een instituut als de onderhavige, nooit volledig kunnen worden vergoed. Voor de reiskosten van en naar Texas wordt geen vergoeding verleend. Naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut is een DBC aangepast, hetgeen leidt tot een nabetaling van € 1.251,25. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat weliswaar in de beginfase de brieven van erflaatster en haar familie niet goed zijn behandeld, maar dat dit na het gesprek op het kantoor in Eindhoven is veranderd. Het is niet juist dat anderhalf jaar niets is gedaan, zoals verzoeker stelt. Aanvankelijk ontbrak de informatie van de behandelaars, zodat geen toestemming kon worden verleend.

- 5.6. 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 (2012-2014) en artikel 8 (2012) en artikel 7 (2013-2014) van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 aan verzoeker een hogere vergoeding te verlenen voor de kosten van de behandeling van erflaatster in Texas, en de hiermee gemoeide reis- en verblijfskosten, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts is in geschil of de ziektekostenverzekeraar de geconstateerde

 grote verschillen tussen kosten en vergoedingen inhoudelijk voldoende heeft uitgelegd en beargumenteerd.

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 voorwaarden van de zorgverzekering (2012-2014).

 8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering (2012) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"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, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

Door

Medisch specialist.

Verwijsbrief

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

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. (...) De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden. (...)"

 Voor de jaren 2013 en 2014 is een gelijklopende bepaling in de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen.

 8.4. Artikel 33 van de zorgverzekering (2012) regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer, en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

*U hebt recht op vergoeding van de kosten van:
(...)*

2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

(...)

b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;

(...)

e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

(...)

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vergoeding van de kosten van vervoer van twee begeleiders toestaan.

Door

(...)

2. Zittend ziekenvervoer:

- taxivervoerder;*
- openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;*
- eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,30 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.*

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 93 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. (...)

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. (...)

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer.

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

(...)

Bijzonderheden

- 1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.*
- 2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel."*

Voor de jaren 2013 en 2014 is een gelijklopende bepaling in de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen, met dien verstande dat de eigen bijdrage in 2013 € 95,-- bedroeg, en in 2014 € 96,--.

- 8.5. Artikel 9 van de zorgverzekering (2012) regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed 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.*

Let op:

De kosten in het buitenland zijn vaak hoger dan de kosten van een behandeling in Nederland. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

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 inroepen 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)."

Voor de jaren 2013 en 2014 is in de voorwaarden van de zorgverzekering een gelijklopende bepaling opgenomen.

- 8.6. Voornoemde artikelen van de zorgverzekering (2012-2014) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2012-2014) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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. Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Ziektenvervoer is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.13-2.16 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.38 Rzv.
- 8.8. 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 gereguleerde 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.

9. Beoordeling van het geschil

Kosten behandeling en vervoer

- 9.1. Erflaatster heeft gedurende een periode van circa drie jaren in Texas een behandeling ondergaan in verband met gemetastaseerd adenocarcinoom. Deze behandeling heeft bestaan uit onder andere scans (PET, CT, röntgen), celanalyses, chemotherapie (onder meer met Abraxane®, Tarceva® en Erbitux®), bloedtransfusie, een bijnieroperatie en een cyber knife operatie. Partijen zijn verdeeld over de hoogte van de vergoeding voor de (diverse onderdelen van de) behandeling. De zorgverzekering (2012-2014) biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg in het buitenland. Onder medisch specialistische zorg vallen ook de bijbehorende laboratoriumonderzoeken, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Vaststaat dat de onderhavige zorgaanbieder (Arlington Cancer Center) niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. In een dergelijk geval worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of - bij ontbreken hiervan - de in Nederland geldende redelijke marktprijzen. Verder zijn als voorwaarden gesteld (i) dat voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist is, (ii) dat de zorg door een medisch specialist dient te worden verleend, en (iii) dat de verzekerde over een geldige verwijzing (i.c. van de huisarts of medisch specialist) beschikt. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat voor de behandeling in Texas voorafgaande toestemming aan de ziektekostenverzekeraar is gevraagd én verkregen. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat door verzoeker (ergo erflaatster en haar familie) weliswaar om toestemming is gevraagd, maar dat deze niet is verleend. Het is de commissie gebleken dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar van meet af aan heeft geïnformeerd over de behandeling van erflaatster in Texas. Van een

verleende toestemming/afgegeven machtiging is de commissie echter niet gebleken. Het feit dat de ziektekostenverzekeraar telkenmale door verzoeker is geïnformeerd over de diverse onderdelen van de behandeling, en de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de (onderdelen van de) behandeling regulier en daarmee declarabel zijn, betekent niet dat toestemming in het kader van de zorgverzekering is verleend, laat staan dat hiermee volledige vergoeding is toegezegd. Verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar van meet af aan erop gewezen dat de vergoeding maximaal het Nederlandse tarief bedraagt, en dat het niveau van kosten van zorg in de Verenigde Staten (vele malen) hoger ligt dan in Nederland. Verzoeker (ergo erflaatster en haar familie) heeft door het starten van de behandeling zonder over toestemming van de ziektekostenverzekeraar te beschikken, een bewust financieel risico genomen.

Verzoeker heeft in de jaren 2012, 2013 en 2014 diverse declaraties bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft deze declaraties beoordeeld en is tot (gedeeltelijke) vergoeding overgegaan. Voor het vaststellen van de hoogte van de vergoeding is uitgegaan van DBC's. Verzoeker stelt dat het toepassen van DBC's geen recht doet aan de uitgevoerde behandeling, aangezien deze intensiever en specifiek is geweest dan een - reguliere - kankerbehandeling in Nederland. Hiertoe merkt de commissie op dat het feit dat een behandeling intensiever of specifiek is, niets afdoet aan het feit dat de zorgverzekering aanspraak biedt op maximaal het Nederlands tarief, en dat dit tarief wordt vastgesteld op basis van DBC's. Voor losse elementen van een behandeling kan geen aparte vergoeding worden verleend, omdat de DBC-systematiek uitgaat van één tarief voor een behandeling (traject). Hierbij dient altijd te worden uitgegaan van de meest passende DBC.

De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat voor de behandeling van erflaatster totaal ruim € 690.000,- is vergoed. Verzoeker heeft gesteld dat ter zake van de zorgkosten een bedrag van circa € 94.000,- voor eigen rekening is gebleven. Daarbij is door hem echter niet specifiek toegelicht waarop dit verschil in vergoeding volgens hem ziet. Op basis van de overgelegde stukken is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de declaraties correct heeft beoordeeld. De medisch adviseur(s) van de ziektekostenverzekeraar zijn systematisch te werk gegaan en hebben iedere nota (onderdeel van de behandeling) op zijn eigen merites beoordeeld en hiervoor de meest passende DBC toegepast. Aan verzoeker is telkens duidelijk medegedeeld hoe deze beoordeling is geschied, welke DBC is toegepast en welke vergoeding werd verleend.

Gelet op het advies van het Zorginstituut van 22 juli 2016 heeft enkel te gelden dat de twee toegepaste DBC's 020107074 en 020107024 niet passend zijn, en dat daarvoor DBC 02909042 passender is. De ziektekostenverzekeraar is inmiddels overgegaan tot correctie van een en ander, hetgeen heeft geleid tot een nabetaling van € 1.251,25.

Het is een gegeven dat het niveau van de kosten van zorg in de Verenigde Staten vele malen hoger ligt - soms zelfs het tienvoudige - dan in Nederland. Uit het enkele feit dat een groot bedrag voor eigen rekening blijft, kan daarom niet worden afgeleid dat declaraties niet juist zijn verwerkt. Uit het vorenoverwogene blijkt ook dat die conclusie niet gerechtvaardigd is. Zodoende stelt de commissie vast dat het door verzoeker gestelde bedrag van circa € 94.000,- ter zake van niet-vergoede zorgkosten moet worden geacht te zijn terug te voeren op het verschil in niveau van kosten van zorg tussen de Verenigde Staten en Nederland en niet op het toepassen van een onjuiste DBC en/of het bijbehorende tarief.

- 9.2. Voorts biedt de zorgverzekering (2012-2014) aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis, ingeval - voor zover in het onderhavige geval relevant - de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan. Dit ziekenvervoer omvat ook het vervoer van een begeleider. De beperking tot 200 kilometer geldt niet indien de ziektekostenverzekeraar toestemming heeft verleend om naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, en daarnaast kan de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten van vervoer van twee begeleiders toestaan. Als voorwaarden voor vergoeding (i) moet de ziektekostenverzekeraar voorafgaand toestemming hebben verleend, en (ii) moet het vervoer op voorschrift van de huisarts of medisch specialist plaatsvinden. Er geldt een eigen bijdrage per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer.

Verzoeker heeft meerdere malen kosten van vervoer gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Dit betreft, naar de commissie begrijpt, vervoer van erflaatster en haar begeleider(s) van de tijdelijke verblijfplaats in de Verenigde Staten naar het Arlington Cancer Center. Zoals hiervoor is vastgesteld, is voor de behandeling geen toestemming van de ziektekostenverzekeraar verkregen.

Dit geldt eveneens voor het zittend ziekenvervoer, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding, en de beperking tot 200 kilometer en tot één begeleider zonder meer van toepassing zijn. De ziektekostenverzekeraar is desalniettemin overgegaan tot vergoeding van de vervoerkosten. Het is de commissie op basis van de voorliggende gegevens niet duidelijk of ter zake van het vervoer van en naar de zorgaanbieder nog kosten voor rekening van verzoeker zijn gebleven. Verzoeker heeft ook niet duidelijk gemaakt welke kosten dit specifiek zou betreffen. De commissie volstaat derhalve met de vaststelling dat ter zake van de vervoerskosten niet minder dan een correcte vergoeding is verleend.

Reis- en verblijfkosten

- 9.3. Verzoeker heeft gesteld dat ter zake van reis- en verblijfkosten een bedrag van circa € 64.000,-- voor eigen rekening is gebleven. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat reis- en verblijfkosten geen aanspraak vormen in het kader van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- De commissie merkt hiertoe op dat verblijf, als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, uitsluitend ziet op de opname van een verzekerde in een ziekenhuis of revalidatiecentrum ten behoeve van geneeskundige zorg die de opname van de verzekerde medisch noodzakelijk maakt. De onderhavige verblijfskosten zien daarentegen op de woonruimte (hotel) in de Verenigde Staten, alwaar erflaatster en haar familie meerdere malen gedurende (langere) perioden zijn verbleven. Deze kosten vormen, als gezegd, geen aanspraak in het kader van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- De onderhavige reiskosten zien op het vervoer van en naar de luchthavens, huurauto's, vliegtickets en dergelijke. Deze kosten - voor zover zij althans geen verband houden met het onder 9.2 besproken zittend ziekenvervoer van erflaatster - vormen eveneens geen verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.4. Tot slot merkt de commissie voor de goede orde het volgende op.
- De ziektekostenverzekeraar heeft reeds erkend dat de onderhavige kwestie door hem niet voortvarend is opgepakt, en dat om die reden coulant is omgegaan met de beoordeling van de declaraties en de verleende vergoedingen. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker het ontbreken van voorafgaande toestemming voor de behandeling en voor het zittend ziekenvervoer niet tegengeworpen en heeft hij aan verzoeker de wettelijke rente vergoed. Met name het laatste is een beslissing van de ziektekostenverzekeraar waarin de commissie niet treedt.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.6. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure is overgegaan tot een nabetaling, dient hij het entreegeld van € 37,-- 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, 14 september 2016,

H.A.J. Kroon