

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, erfgename van C te D vs. E te F
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer
Zaaknummer : 2008.00281
Zittingsdatum : 23 juli 2008

Zaak: 2008.00281 (Ziekenvervoer. zittend ziekenvervoer).

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. Al.M. van Mierlo (voorzitter). mr. J.H.A Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.1 en 2.14 Bzv).

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster, erfgename van C te D, hierna te noemen verzekerde,

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 19 november 2007 de aanvraag voor vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de zorgverzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verzoeker is tevens aanvullend verzekerd bij de zorgverzekeraar.

3.2. Verzekerde leed aan mesotheliom en was door zijn behandelend longarts doorverwezen naar de Daniël den Hoed Kliniek in Rotterdam voor een gecombineerde behandeling bestaande uit chemotherapie, een operatie en radiotherapie. In dit kader had verzoekster bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 december 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn besluit te handhaven.

3.4. Bij brief van 21 januari 2008 heeft verzoekster de Ombudsman Zorgverzekeringen verzocht de zorgverzekeraar tot een minnelijke regeling te bewegen. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 3 maart 2008 medegedeeld zijn standpunten te handhaven.

3.5. Bij brief van 27 maart 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vervolgens verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering

(hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren .
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 13 mei 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 mei 2008 naar verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 juli 2008 telefonisch medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 4 juli 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 22 mei 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 juni 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen om reden dat de aanspraak op ziekenvervoer een accessoir recht is dat de aanspraak op een te verzekeren prestatie volgt. Verzekerde neemt deel aan een behandeling in onderzoeksverband. Daarmee is deze behandeling geen verzekerde prestatie en heeft verzoekster geen recht op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer. Een afschrift van het CVZ-advies is op 25 juni 2008 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 23 juli 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 22 augustus 2008 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 26 augustus 2008 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster geeft aan dat de behandeling die verzekerde onderging een gecombineerde behandeling betrof, bestaande uit chemotherapie gevolgd door een operatie, en tot slot radiotherapie. Verzoekster maakt aanspraak op vergoeding van zittend ziekenvervoer in verband met de chemotherapie. Deze chemotherapie is een standaard behandeling voor mesothelioom, waaraan verzekerde leed.
- 4.2. Verzoekster stelt tevens dat verzekerde valt onder één van de vier categorieën van personen die gebruik kunnen maken van de regeling zittend ziekenvervoer, zoals genoemd in de zorgverzekering. Bovendien werd verzekerde behandeld in een instelling die valt onder de zorgverzekering, te weten de kliniek in Rotterdam.
- 4.3. Tot slot geeft verzoekster aan dat de chemotherapie, in tegenstelling tot hetgeen de zorgverzekeraar stelt, niet in een ziekenhuis dichtbij de woonplaats van verzekerde had kunnen plaatsvinden. De kliniek in Rotterdam bood namelijk als enige kliniek in Nederland de gecombineerde behandeling aan. Deze behandeling zou verzekerde



de meeste kans om te overleven bieden. De verantwoording voor de gehele therapie lag bij de behandelend longarts van de kliniek in Rotterdam en daarom was het niet mogelijk de chemotherapie in een ander ziekenhuis te laten plaatsvinden.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster gesteld en bij brief van 3 augustus 2008 herhaald dat de door verzekerde ondergane behandeling, ondanks het experimentele karakter daarvan, desalniettemin door de zorgverzekeraar is vergoed.

- 4.5. Verzekerde is op 3 augustus 2008 overleden.

- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar verwijst naar de zorgverzekering en de regelgeving en stelt dat zijn medisch adviseur heeft geoordeeld dat met name het operatieve deel van de behandeling van verzekerde in de kliniek in Rotterdam niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Nu de totale behandeling als één geheel wordt aangeboden en één onderdeel daarvan als niet-gebruikelijk kan worden gezien, valt de behandeling van verzekerde niet onder de zorg die voor vervoer als bedoeld in de zorgverzekering in aanmerking komt. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de gemaakte kosten van zittend ziekenvervoer.

- 5.2. Tevens stelt de zorgverzekeraar dat verzoekster aanspraak maakt op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer in verband met de chemotherapie die verzekerde moest ondergaan. Deze chemotherapie kan volgens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar ook worden gevolgd in een ziekenhuis dichtbij de woonplaats van verzekerde.

- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de onderhavige therapie als een gecombineerde behandeling is gepresenteerd en beoordeeld. Nadien heeft de zorgverzekeraar bij brief van 20 augustus 2008 medegedeeld dat de nota's, hoewel ten onrechte gedeclareerd door de behandelaar, abusievelijk zijn vergoed. Dat betekent echter niet dat de kosten zittend ziekenvervoer dienen te worden vergoed.

- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Aanspraak op ziekenvervoer per auto, niet zijnde een ambulance, is geregeld in artikel 8.14 van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang, dat



zittend ziekenvervoer, ziekenvervoer per auto omvat van en naar een instelling waarin verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer. De aanspraak op ziekenvervoer bestaat indien:

- verzekerde een nierdialyse moet ondergaan (art. 8.14 lid 1 sub a);
- verzekerde een oncologische behandeling met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan (artikel 8.14 lid 1 sub b);
- verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen (art. 8.14 lid 1 sub c);
- het gezichtsvermogen van verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen (art. 8.14 lid 1 sub d).

- 7.2. Lid 3 van artikel 8.14 van de polisvoorwaarden van de zorgverzekering bevat tevens een hardheidsclausule in het geval verzekerde niet valt onder de categorieën personen van lid 1 van dit artikel. Indien verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen is op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard, kan verzekerde eveneens aanspraak maken op vergoeding van dit vervoer.
- 7.3. Tevens bepaalt artikel 8.2 van de zorgverzekering dat de inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat, 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.
- 7.4. De artikelen 8.2 en 8.14 van de zorgverzekering vinden volgens artikel 2 van de zorgverzekering hun grondslag in de Zvw, de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten, en het door verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- 7.5. 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. Zittend ziekenvervoer per auto, niet zijnde een ambulance, is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.13, 2.14 en 2.15 van het Besluit Zorgverzekering (Bzv) en verder uitgewerkt in artikel 2.38 van de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.6. Artikel 2.13 jo artikel 2.14 lid 1 Bzv bepaalt dat voor vergoeding uitsluitend in aanmerking komt ziekenvervoer per auto, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer, voor zover sprake is van één van de vier genoemde, specifieke categorieën personen dan wel de hardheidsclausule van toepassing is, zoals ook omschreven in de zorgverzekering en het vervoer betreft naar een instelling waarin verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen.
- 7.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8. Vast staat dat verzoeker behoort tot één van de aangewezen categorieën van personen die in aanmerking komen voor vergoeding van de kosten van zittend ziekenver-



voer. Het onderhavige geschil spitst zich dan ook toe op de vraag of de behandeling van verzoeker in de kliniek in Rotterdam. tot de verzekerde zorg behoort.

- 7.9. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.

Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.

Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 7.10. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.

Indien geen gerandomiseerde studies aangetroffen worden, wordt bewijsvoering van een lagere orde - waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen - bij de beoordeling betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.

- 7.11. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de gecombineerde behandeling bestaande uit chemotherapie gevolg door een operatie en radiotherapie bij mesothelioom is door het CVZ in zijn advies van 24 juni 2008 uitgevoerd en de conclusie daarvan is, dat deze behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en dus geen verzekerde zorg betreft. Tevens blijkt uit de stukken dat de kliniek in Rotterdam zelf heeft aangegeven dat de onderhavige behandeling een Fase II haalbaarheidsstudie betreft. Mede in dit licht houdt de commissie de conclusie van het advies van het CVZ voor juist en neemt deze over en maakt zij tot de hare.

7.12. Wat betreft de stelling van verzoekster dat de chemotherapie, als onderdeel van de gehele behandeling, wél een standaardbehandeling is voor mesotheliom, merkt de commissie op dat, nu de totale behandeling als één geheel wordt aangeboden en één onderdeel daarvan als niet-gebruikelijk kan worden gezien, de behandeling van verzoeker niet valt onder de zorg die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt.

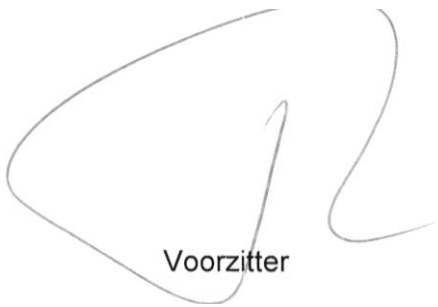
7.13. Aangezien artikel 8.14 van de zorgverzekering de aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer koppelt aan de vraag of de behandeling - in verband waarmee het vervoer plaatsvindt - tot de verzekerde prestaties behoort, en het antwoord daarop - gelet op het voorgaande - ontkennend luidt, bestaat geen recht op vergoeding van de vervoerskosten ten laste van de zorgverzekering. Het feit dat de zorgverzekeraar de declaraties van het ziekenhuis van de onderhavige behandeling wel heeft gehonoreerd, maakt dit niet anders.

7.14 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist 10 september 2008,



Voorzitter