

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in haar hoedanigheid van erfgename van F tegen C en E
beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, kijkoperatie met biopsie, porth-a-
cath, chemotherapie en radiotherapie bij pancreascarcinoom,
hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2011.00911
Zittingsdatum : 21 december 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P. Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van erfgename van F
hierna te noemen: erflater,

tegen

1) C, en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was erflater bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van erflater bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 2 FNV afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Erflater heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een kijkoperatie met biopsie, het plaatsen van een porth-a-cath en een behandeling met chemotherapie en radiotherapie, uitgevoerd te Bochum (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflater medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd. De kijkoperatie met biopsie wordt vergoed tot een bedrag van € 7.300,75, het plaatsen van de porth-a-cath tot een bedrag van € 2.809,39 en de chemotherapie tot een bedrag van € 2.203,49. Vergoeding van de kosten van radiotherapie is afgewezen. Ook is afgifte van een E-112-formulier geweigerd.
- 3.2. Erflater was het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Nadat erflater is overleden heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 2 november 2010 aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij klachtenformulier van 5 augustus 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekosten-

verzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 oktober 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 oktober 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 november 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 28 oktober 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011114072) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorg tijdig in Nederland beschikbaar was en door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 december 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 22 december 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 27 december 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Bij erflater is een pancreascarcinoom zonder metastasen geconstateerd. De tumor was niet operabel; er waren geen behandelmogelijkheden, en de overlevingsprognose was een paar maanden. Ter palliatieve behandeling was een behandeling met Gemcitabine gedurende drie maanden mogelijk. Indien hierdoor geen verbetering zou optreden, zou de behandeling direct worden gestaakt. Indien erflater hiermee zou instemmen, was eerst een punctie via een endo-echografie nodig. De arts in Duitsland heeft later verklaard dat een dergelijke ingreep – gelet op de ligging van de tumor – een levensgevaarlijke handeling zou zijn geweest die direct fatale gevolgen had kunnen hebben en waarmee het beoogde doel, namelijk het verkrijgen van materiaal, nooit had kunnen worden bereikt.

- 4.2. Op 20 september 2010 heeft de huisarts erflater doorverwezen naar de arts te Bochum. Deze stelde een laparoscopie met biopsie voor en het implanteren van een porth-a-cath. Omdat op dat moment nog geen indicatie aanwezig was voor een operatie, stelde de behandelend arts een aanvullende behandeling met chemotherapie en radiotherapie voor.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat deze behandeling ook in Nederland had kunnen worden uitgevoerd. Op enig moment heeft de behandelend arts in Duitsland geïnformeerd of de chemotherapie in Nederland kon plaatsvinden. De arts in Nederland weigerde toen iedere medewerking, omdat hij de voorgestelde therapie geen toegevoegde waarde vond hebben. Het was daarom feitelijk niet mogelijk de therapie in Nederland te verkrijgen. Gelet op een eerdere uitspraak van de commissie (GcZ 16 december 2009, 2008.02344) had de ziektekostenverzekeraar een E-112-formulier dienen te verstrekken, en dient, nu dit ten onrechte niet is gebeurd, te worden getarifeerd.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij zich zeer heeft gestoord aan de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat de Duitse arts haar en erflater valse hoop heeft gegeven. De ziektekostenverzekeraar was niet bij het gesprek aanwezig en weet derhalve niet wat is gezegd. Verzoekster en erflater werden overvallen door de diagnose. De behandelend arts in Nederland wilde nog driemaal chemotherapie proberen. Als dit niet zou aanslaan, zou de behandeling worden gestaakt. Na zelf een en ander te hebben uitgezocht, hebben verzoekster en erflater besloten voor behandeling naar Duitsland te gaan. De Duitse arts was duidelijk. Hij zou een behandeling proberen, maar kon niet garanderen dat deze zou aanslaan. Verzoekster voert nog aan dat erflater gedurende negen maanden nog een fijn leven heeft gehad. Normaal gesproken is bij deze ziekte sprake van een lijdensweg. Verzoekster heeft dan ook geen spijt van de keuzes die zijn gemaakt.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een E-112-formulier mag worden geweigerd indien de behandeling tijdig in Nederland beschikbaar is. Het door verzoekster genoemde advies van de commissie is daarom niet van toepassing. Verzoekster heeft op grond van de polis aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde tarief. Voor de kijkoperatie met biopsie geldt de DBC-code 03.11.00.0332.0303 met een bijbehorend tarief van € 7.300,75, voor het plaatsen van de porth-a-cath geldt de DBC-code 03.11.00.0435.0206 met een bijbehorend tarief van € 2.809,39 en voor de chemotherapie de DBC-code 13.11.00.0964.4401 met een bijbehorend tarief van € 2.203,49. De radiotherapie is afgewezen, omdat erflater hierop niet was aangewezen.
- 5.2. Achteraf is overigens gebleken dat erflater behalve met Gemcitabine tevens is behandeld met Oxaliplatin. Deze behandeling heeft geen meerwaarde. Ook bij de meerwaarde van de overige behandelingen plaatst de ziektekostenverzekeraar vraagtekens. De genoten zorg lijkt onnodig kostbaar in vergelijking tot andere zorgvormen.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de door erflater ondergane zorg niet gebruikelijk is.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op:

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

8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of

- recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.”

- 8.5. Artikel B5 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.”

- 8.6. De artikelen B5, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

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

- “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. Met betrekking tot de aangevraagde radiotherapie heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat erflater hierop niet redelijkerwijs was aangewezen. Het tegendeel is gesteld noch gebleken. De door de ziektekostenverzekeraar gevraagde informatie is niet door verzoekster verstrekt, zodat niet aannemelijk is geworden dat erflater op de radiotherapie was aangewezen. Derhalve heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten hiervan terecht afgewezen.
- 9.2. Met betrekking tot de kijkoperatie met biopsie, de plaatsing van de porth-a-cath en de chemotherapie is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot een (gedeeltelijke) vergoeding, zodat ten aanzien daarvan de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of erflater daarvoor ten tijde van de ingrepen een indicatie had, bevestigend is beantwoord. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld. Deze vergoeding kan zijn gebaseerd op een Europese Verordening of op de zorgverzekering.
- 9.3. Op 1 mei 2010 is Verordening 883/2004 in werking getreden. Vanaf die datum heeft het E-112-formulier de naam S2-formulier gekregen. Gelet op artikel 20 van Vo 883/2004 mag toestemming – in de vorm van een S2-formulier – alleen geweigerd worden indien de gevraagde zorg tijdig in het woonland beschikbaar is. Erflater heeft op 27 september 2010 een aanvraag ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 30 september 2010 beslist, en medegedeeld dat aan erflater geen formulier als hiervoor omschreven zou worden verstrekt, omdat de zorg tijdig in Nederland beschikbaar was. Verzoekster is van mening dat de onderhavige zorg niet (tijdig) in Nederland kon worden verleend, omdat de betrokken arts behandeling weigerde, zodat erflater het S2-formulier ten onrechte is onthouden. Dienaangaande geldt dat deze niet onderbouwde stelling onvoldoende is om verzoeksters conclusie te dragen. Het lag op de weg van erflater te onderzoeken of hij bij een andere arts terecht kon dan wel gebruik te maken van het aanbod van de ziektekostenverzekeraar, zoals gedaan in de brief van 30 september 2010, voor zorgbemiddeling. De conclusie moet zijn dat niet aannemelijk is geworden dat de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar was, zodat verstrekking van het S2-formulier door de ziektekostenverzekeraar terecht is geweigerd. Derhalve dient – gelet op artikel B9 van de zorgverzekering – vergoeding plaats te vinden op basis van het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief.
- 9.4. Ter vaststelling van het Nederlandse marktconforme tarief is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de DBC-codes 03.11.00.0332.0303, met als omschrijving: “Reguliere zorg // maligne neoplasma pancreas / galwegen / Operatief-endotechniek met klinische episode(n)”, 0311.00.0435.0206, met als omschrijving: “Reguliere zorg // shuntchirurgie incl. revisie t.b.v. nierlijden / KZD operatief met klinische episode(n)” en 13.11.00.0964.4401, met als omschrijving: “Reguliere zorg // maligniteit pancreas / chemotherapie gemetastaseerd 1^{ste} lijn (onco) poliklinisch”. Het betreft hier DBC-

codes uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. De bijbehorende tarieven zijn ten tijde van de ingrepen (september 2010) € 7.300,75, € 2.809,39 respectievelijk € 2.203,49. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-codes komen de commissie – gelet op de door erflater ondergane behandelingen – juist voor.

- 9.5. De DBC-systematiek wordt in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat zulks – gelijk bij erflater – met name in geval van behandeling buiten Nederland, niet steeds het geval zal zijn, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de door erflater ondergane behandelingen, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 januari 2012,

Voorzitter