



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en
ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg, transarteriële chemo-embolisatie (TACE),
sigmoïdcarcinoom, stand wetenschap en praktijk, gewekt vertrouwen

Zaaknummer : 201503433

Zittingsdatum : 25 mei 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)



(Voorwaarden zorgverzekering 2014-2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014-2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 
- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Ditzo Basis Verzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ZorgGoed 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).
De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekeringen TandGoed en Bril en Lenzen zijn niet in geschil en blijven om die reden in het vervolg onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van behandelingen met transarteriële chemo-embolisatie (hierna: TACE), uitgevoerd te Frankfurt, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 25 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Nadat verzoekster zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had gewend, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen verzoekster bij brief van 23 december 2015 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 
- 3.4. Bij brief van 12 januari 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 van € 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 22 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 maart 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 april 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 maart 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 10 mei 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016039867) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van verzekerde zorg, omdat TACE als behandeling van niet resectabele lymfeklier metastases van colorectale carcinomen niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 12 mei 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster heeft de commissie en de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 24 mei 2016 aanvullende informatie gezonden.
- 3.10. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 mei 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.12. Bij brief van 26 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 27 mei 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
- 3.13. Verzoekster heeft de commissie en de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 31 mei 2016 desgevraagd aanvullende informatie gezonden.
- 3.14. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 juni 2016 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gestuurd.
- 3.15. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 29 juni 2016 gereageerd op het onder 3.13 genoemde stuk van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Bij verzoekster is eind augustus 2014 sigmoïdcarcinoom met colonmetastase vastgesteld. In Nederland werd haar tweedelijs chemotherapie geadviseerd, die niet was gericht op genezing. Verzoekster heeft zich vervolgens tot een kliniek in Frankfurt gewend. Aldaar heeft zij op 30 september 2014, 30 oktober 2014, 25 november 2014, 22 december 2014, 21 januari 2015, 17/18 februari 2015, 31 maart 2015, 18 juni 2015, 15 juli 2015 en 13 augustus 2015 TACE-behandelingen ondergaan, met positief gevolg. De ziektekostenverzekeraar weigert de kosten van deze behandelingen te vergoeden. Verzoekster kan zich met deze afwijzing niet verenigen.

- 4.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op 22 september 2014 kreeg zij te horen dat de tumor, die al een jaar daarvoor op een scan zichtbaar was, inmiddels sterk in omvang was toegenomen (verdubbeld). Niemand had verzoekster voor die tijd überhaupt gewezen op de aanwezigheid van de tumor, dus zij was compleet overrompeld. Aan verzoekster werd medegedeeld dat de tumor op exploderen stond. In Nederland kon men deze tumor niet behandelen. Haast was dus geboden. Op 23 september 2014 heeft verzoekster contact gezocht met de arts in Frankfurt. Deze nodigde haar uit voor een intake, onderzoek en zo mogelijk een eerste behandeling op 30 september 2014. Op basis van de hem toegezonden medische informatie vond hij namelijk ook dat haast geboden was. Verzoekster heeft dezelfde dag (23 september 2014) telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar en de zaak voorgelegd. Een medewerker adviseerde verzoekster vóór 30 september 2014 een spoedaanvraag te doen. Op 26 september 2014 is deze spoedaanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, waarbij verzoekster tot in detail heeft uitgelegd wat er aan de hand was en waarom zij zich genooddaakt voelde voor een behandeling naar Duitsland uit te wijken.
- Verzoekster heeft zodoende tijdig een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Het feit dat de medisch adviseur deze pas na het starten van de behandeling kon beoordelen, mag geen beletsel zijn voor de aanspraak op vergoeding. Gelet op de prangende medische situatie van verzoekster, kon van haar in alle redelijkheid niet worden verwacht dat zij pas met de behandeling zou starten nadat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar de aanvraag had beoordeeld. Zij had immers te maken met een tumor die op ontploffen stond.
- Voor de behandeling die verzoekster in Duitsland heeft ondergaan, was in Nederland geen gelijkwaardig alternatief beschikbaar. In Nederland was zij zelfs opgegeven. De arts in Duitsland zag daarentegen wel kans op herstel en verzoekster kon daar vrijwel direct terecht.
- De genoten behandeling voldoet wel degelijk aan de stand van de wetenschap en praktijk. TACE is een reguliere, niet-experimentele behandeling, getuige de verklaring van de internist-hematoloog van het SBR ziekenhuis te Hoogeveen. TACE is bewezen effectief bij leverkanker en levermetastasen. Er kan dan ook niet anders worden geconcludeerd dan dat TACE een beproefde medische behandelingsmethode is die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dat op korte termijn geen gelijkwaardige ziekenhuisbehandeling in Nederland mogelijk was. Het feit dat genoemde behandeling in het geval van verzoekster is aangewend om een andere kankersoort, te weten lymfogene metastasen bij sigmoïdcarcinoom, succesvol te bestrijden doet daaraan niets af. Voorts voert verzoekster aan dat zij de ziektekostenverzekeraar alle facturen die zij had, heeft toegestuurd. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft alles in huis om te beoordelen of aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- Verzoekster merkt op dat de ziektekostenverzekeraar in feite beslist over leven en dood door de TACE-behandeling voor de kankersoort waaraan zij lijdt, niet te vergoeden. Had verzoekster de behandeling namelijk niet zelf kunnen bekostigen, dan was zij opgegeven geweest. Dit terwijl zij thans zodanig is hersteld dat zij weer aan het arbeidsleven kan deelnemen. De weigering van de vergoeding kan tegen deze achtergrond geen stand houden.
- Overigens is de financiële situatie van verzoekster en haar echtgenoot zeer slecht doordat alle behandelkosten voor hun rekening zijn gekomen.
- 4.3. Voorts merkt verzoekster op dat deze levensreddende behandeling voor iedereen beschikbaar zou moeten zijn. In Nederland zijn fouten gemaakt waardoor verzoekster langer dan nodig behandelingen heeft moeten ondergaan. Dit is een feit dat niet ongedaan kan worden gemaakt. Als mens, verzekerde en patiënt voelt verzoekster zich in de steek gelaten, gediscrimineerd, buitengesloten, in de kou gezet en geschoffeerd. Zij heeft recht op leven. Daar waar in Nederland al vele jaren kennis was van de mogelijkheden in het buitenland, is die kennis en kunde niet zelf in huis gehaald. Men laat patiënten niet weten waar zorg op maat kan worden geboden. Verzoekster heeft hier zelf initiatief in genomen. In Nederland werd haar verteld dat zij uitbehandeld was, en is haar enkel levensverlengende chemotherapie aangeboden met monitoring tot de dood. Verzoekster heeft dit niet kunnen accepteren, wetende dat elders wél zicht op herstel werd geboden. Zodoende heeft zij gekozen voor het leven. Verzoekster stelt het recht te hebben een behandeling te genieten daar waar zij dat wenst. Het is stuitend dat wordt gediscrimineerd op behandelplaats. Als een

behandelend arts instaat voor de behandeling op grond van kennis en jarenlange ervaring, moet dat een voldoende graadmeter zijn.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het advies van het Zorginstituut teleurstellend is. Kennelijk ontbreken er studies, en dan moet worden gekeken naar evidence van lagere orde. In dit verband wordt verwezen naar de verklaring van de behandelend arts van 23 mei 2016. Blijkbaar is men in Duitsland verder dan in Nederland. Het zou goed zijn hiervan te profiteren. Indien de ziektekostenverzekeraar bij zijn standpunt blijft en de commissie dit volgt, zou coulance aan de orde moeten zijn. Voorts heeft verzoekster verklaard dat tijdens het gesprek met de ziektekostenverzekeraar de spoedprocedure is uitgelegd en zij ervan werd verzekerd dat als zij diezelfde dag zou reageren, alles goed zou komen. Dit is gebeurd. Vervolgens duurde het circa zes weken voordat verzoekster een bericht van de ziektekostenverzekeraar ontving. Verzoekster benadrukt dat de huisarts, oncoloog en de behandelend arts in Duitsland de noodzaak van de behandeling onderschrijven. De behandeling in Duitsland is levensreddend, terwijl die in Nederland palliatief zou zijn geweest met monitoring tot het eind. De behandelmethode en de gebruikte chemotherapie zijn erkend, voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, en worden in Nederland en Duitsland vergoed. Dat verzoekster willens en wetens een financieel risico zou zijn aangegaan is een onvoorstelbaar argument van de ziektekostenverzekeraar. De situatie waarin verzoekster zich bevond duldde geen enkel uitstel. Daarnaast is zonder meer uitgegaan van de telefonische toezegging van de ziektekostenverzekeraar. Voorts is het dringende verzoek om coulance niet behandeld door de ziektekostenverzekeraar. De kosten belopen tot op heden circa € 34.000,-- en verzoekster hoopt dat deze worden vergoed. Tot slot wijst verzoekster er op dat iedere patiënt maatwerk verdient: passende therapie met een goede prognose. De ziektekostenverzekeraar dient - de financiële kant van - deze goede zorg te waarborgen. Verzoekster vraagt de commissie met klem haar te zien als mens en niet als een zaak of nummer.
- 4.5. Nadien heeft verzoekster verklaard, onder overlegging van stukken, dat vóór 30 december 2014 al vier behandelingen waren gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Overigens hecht verzoekster eraan te melden dat zij met ingang van 1 januari 2016 is overgestapt naar een andere verzekeraar. Deze nieuwe verzekeraar vergoedt de kosten vanaf 1 januari 2016 enkel indien de ziektekostenverzekeraar over de daaraan voorafgaande periode tot vergoeding overgaat. Verzoekster hoopt dat de commissie dit meeneemt in zijn beslissing.
- 4.6. Verzoekster heeft zich akkoord verklaard met het coulancevoorstel van de ziektekostenverzekeraar om aan haar € 15.000,-- te betalen. In reactie op de brief met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster nog het volgende verklaard. De handelwijze van de ziektekostenverzekeraar getuigt van een zekere minachting jegens haar. De ziektekostenverzekeraar spreekt bij herhaling over een 'operatie', echter verzoekster heeft een TACE behandeling ondergaan. Verzoekster en haar echtgenoot hebben alles in het werk gesteld om de gevraagde informatie over de behandeling aan te leveren, maar waren in deze afhankelijk van andere partijen. Dat de behandeling spoedeisend was, is evident. De ziektekostenverzekeraar heeft de verklaringen van de behandelend artsen genegeerd en gebagatelliseerd. Door de afwijzende beslissing is de ziektekostenverzekeraar op de stoel van de arts gaan zitten. Verzoekster ging ervan uit dat de TACE-behandelingen zouden worden vergoed, aangezien deze in Nederland ook worden vergoed. In Nederland is niet gesproken over TACE en werd verzoekster 'opgegeven'. Met de coulancevergoeding van de ziektekostenverzekeraar is het doodvonnis van verzoekster alsnog getekend, aangezien hierdoor financiering van controles en eventuele vervolghandelingen onmogelijk is.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Een verzekerde kan op twee manieren recht hebben op geplande zorg binnen de EU/EER. In beide gevallen moet het gaan om zorg die gedekt is onder de zorgverzekering, oftewel zorg betreffen die voldoet aan de polisvoorwaarden en daarmee een verzekerde prestatie vormt. Bestaat aanspraak in het kader van de zorgverzekering, dan zijn er twee mogelijkheden:

- vergoeding op basis van artikel 20 van Verordening 883/2004. Een verzekerde dient voorafgaande toestemming aan de ziektekostenverzekeraar te vragen indien aanspraak wenst te worden gemaakt op vergoeding van geplande specialistische zorg in een ander EU-land. Deze toestemming moet binnen een zodanig redelijke termijn vóór de behandeling worden aangevraagd, dat de ziektekostenverzekeraar in staat is het verzoek te beoordelen. De toestemming kan worden geweigerd indien in Nederland binnen korte termijn eenzelfde ziekenhuisbehandeling mogelijk is;
- vergoeding op basis van de zorgverzekering. Een verzekerde kan op grond van de zorgverzekering recht hebben op vergoeding van geplande medisch specialistische zorg in de andere landen van de EU/EER, tot het in Nederland geldende marktconforme tarief. Dit tarief kan de ziektekostenverzekeraar alleen berekenen door de medische indicatie en het behandelplan van de arts te beoordelen.

Volgens Europese regels dient eerst te worden beoordeeld of recht bestaat op vergoeding op grond van artikel 20 van de verordening.

5.2. De onderhavige kwestie betreft geplande zorg in Duitsland. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar geen redelijke termijn gegund voor de beoordeling van het verzoek om toestemming. De betreffende aanvraag dateert van 26 september 2014, en de behandeling vond plaats op 30 september 2014. Dit is een te korte termijn, zodat dient te worden uitgegaan van de situatie dat geen toestemming is gevraagd. Reeds om die reden kan geen sprake zijn van een vergoeding op grond van artikel 20 van Verordening 883/2004. Indien wel tijdig om toestemming zou zijn gevraagd, zou de ziektekostenverzekeraar deze niet hebben verleend. Immers, uit artikel 20 lid 2 van Verordening 883/2004 volgt dat de toestemming mag worden geweigerd indien de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, niet voorziet in de behandeling waarvoor toestemming wordt gevraagd. Daarvan is in het onderhavige geval sprake. Ingevolge artikel 2.1 Bzv wordt de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Dit komt overeen met artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering (2014). Verzoekster heeft een TACE-behandeling T4NOMO met een tweetal PET positiever lymfomen retroperitoneaal ondergaan. Literatuur over internationaal onderzoek naar TACE- en LITT-behandeling van lymfomen is niet beschikbaar. Het Zorginstituut heeft in zijn rapport "Beoordeling stand wetenschap en praktijk" (versie januari 2015) gesteld dat de stand van de wetenschap en praktijk wordt beoordeeld aan de hand van de principes van evidence based medicine. De kern van evidence based medicine is dat de beschikbare evidence - die uiteen kan lopen van gerandomiseerd vergelijkend onderzoek tot praktijkervaring - systematisch wordt gezocht, geselecteerd en op gestructureerde wijze wordt gewogen en gebruikt. Evidence based medicine heeft als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit in de afweging het zwaarst telt. De onderhavige behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Nu aan dit vereiste niet is voldaan, was de vraag of op korte termijn in Nederland een gelijkwaardige ziekenhuisbehandeling mogelijk is, niet aan de orde.

Voor een eventuele vergoeding ten laste van de zorgverzekering is het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk eveneens van belang. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar het bindend advies van de commissie van 20 mei 2015 met nummer 201401590, alsmede het bijbehorende advies van het Zorginstituut. Hieruit blijkt dat een TACE-behandeling bij sigmoidcarcinoom geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk, en daarmee geen verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering.

De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft een advies over de onderhavige kwestie uitgebracht. Deze heeft geconcludeerd dat de behandeling van lymfogene metastasen door middel van TACE geen verzekerde zorg is.

Aangezien niet is voldaan aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk, bestaat evenmin recht op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

- 5.3. Verzoekster heeft op 23 september 2014 gebeld vanwege een behandeling in Duitsland die gepland stond voor 30 september 2014. De ziektekostenverzekeraar heeft het advies gegeven een spoedaanvraag te doen, en daarbij een verwijfsbrief van de huisarts, het behandelplan, informatie van de specialist en een kostenbegroting te voegen. Overigens kan geen afschrift van de registratie van het telefoongesprek met verzoekster op 23 september 2014 worden overgelegd, omdat destijds gesprekken niet werden geregistreerd. Op 26 september 2014 ontving de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht van verzoekster, waarin zij de situatie uitlegde en mededeelde dat zij zo spoedig mogelijk zou zorg dragen voor de benodigde informatie. De ziektekostenverzekeraar ontving op 29 september 2014 van verzoekster per e-mail een verwijzing van de huisarts. Volgens deze verwijzing was sprake van een coloncarcinoom en had verzoekster adviesgesprekken gehad in het AVL ziekenhuis en het SBR ziekenhuis in Hoogeveen. In het e-mailbericht deelde verzoekster verder mede dat zij de overige benodigde informatie niet tijdig kon verstrekken; de volgende dag zou de behandeling in Duitsland immers al starten. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar kon de aanvraag niet op tijd beoordelen, waardoor de behandeling als "niet vooraf aangevraagd" heeft te gelden. De termijn was zodanig kort dat een beoordeling (op grond van artikel 20 van de verordening dan wel de polis) voorafgaand aan de behandeling niet redelijkerwijs kon worden verwacht. Op 1 oktober 2014 is aan verzoekster een brief gestuurd met daarin een uitleg van wat nodig was om van een volledige aanvraag te kunnen spreken. Diezelfde dag ontving de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht van verzoekster met daarin de correspondentie van de behandelend arts in Duitsland. Daaruit bleek dat op 30 september 2014 een TACE-behandeling was gestart. Verzoekster deelde mede dat zij het behandelplan en de kostenbegroting had opgevraagd en die na ontvangst zou doorsturen. Omdat het e-mailbericht op 1 oktober 2014 is binnengekomen en alleen de medisch adviseur de beoordeling van buitenlandddossiers doet, was op 1 oktober 2014 voor de ziektekostenverzekeraar nog niet duidelijk om wat voor soort behandeling het ging. De inhoud van het e-mailbericht is nadien voorgelegd aan de medisch adviseur. Op 14 oktober 2014 is aan verzoekster een brief gestuurd waarin is vermeld dat uiterlijk 28 oktober 2014 inhoudelijk wordt gereageerd op de toegezonden informatie. Vervolgens ontving de ziektekostenverzekeraar op 15 oktober 2014 van verzoekster per e-mail het behandelplan en de medische indicatie. Ook deze stukken zijn voorgelegd aan de medisch adviseur. Op 17 oktober 2014 is een inhoudelijke reactie op het e-mailbericht van 1 oktober 2014 van verzoekster gegeven. Op advies van de medisch adviseur is haar medegedeeld dat geen recht bestaat op vergoeding van de TACE-behandeling omdat dit volgens de Nederlandse wetgeving alleen verzekerde zorg is bij de indicatie levermetastase. Verzoekster heeft colonmetastase. De ziektekostenverzekeraar ontving op 10 november 2014 een brief van de hematoloog-internist van het SBR ziekenhuis in Hoogeveen. Deze omschreef de behandelingen en operaties die verzoekster had ondergaan in verband met sigmoïdcarcinoom. Dit is een ander woord voor coloncarcinoom. Volgens de arts bestaat aanspraak op TACE omdat dit reguliere medisch noodzakelijke zorg is volgens de Nederlandse wetgeving. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft facturen nodig om dit te kunnen beoordelen. Deze waren echter nog niet allemaal ontvangen van verzoekster, zodat geen definitief standpunt kon worden ingenomen. Op 26 november 2014 is verzoekster een brief gestuurd waarin haar is medegedeeld dat uiterlijk 11 december 2014 zou worden gereageerd op de ingezonden stukken van 10 november 2014. Helaas lukte dit de ziektekostenverzekeraar niet eerder dan 30 december 2014. In deze brief is vergoeding van de behandeling correct afgewezen op grond van artikel 20 van Verordening 883/2004 omdat deze niet tijdig is aangevraagd. Voorts is in deze brief toegelicht dat de kosten worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Omdat op dat moment geen facturen van verzoekster waren ontvangen, kon echter nog niet worden beoordeeld of sprake was van verzekerde zorg en wat in dat geval het maximale marktconforme tarief is. Verzoekster is verzocht de facturen toe te sturen.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij is gebonden aan de Nederlandse wet- en regelgeving. Het advies van het Zorginstituut is helder. De recente verklaring van de behandelend arts doet hier niet aan af. Er is geen ruimte voor coulance. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster destijds een aanvraag heeft gedaan, en dat de medische beoordeling kort daarop heeft plaatsgevonden. Met betrekking tot het -

vermeende - advies over een spoedaanvraag, lijkt sprake van een misverstand. De vraag is of het inderdaad zo is dat binnen drie dagen met de behandeling moet worden gestart. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat, gelet op de brief van 30 december 2014, de voordien ingediende nota's zullen worden vergoed.

- 5.5. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat bij verzoekster niet het vertrouwen is gewekt dat de behandeling onder de dekking van de verzekering viel. Het betrof geen spoedeisende zorg, maar een aanvraag die met spoed kon worden beoordeeld indien verzoekster alle gevraagde stukken direct zou overleggen. In de brieven van 30 december 2014 en 23 januari 2015 is gevraagd om facturen om aan de hand daarvan te kunnen beoordelen of sprake was van verzekerde zorg. Door die brieven zou verzoekster hebben kunnen denken dat de operatie en de behandeling daarna verzekerde zorg betroffen. Daar tegenover staat echter dat in beide brieven is vermeld dat de beoordeling zou plaatsvinden aan de hand van de facturen. Een dergelijk verzoek wordt vaker gedaan om tot beoordelen of het standpunt van de ziektekostenverzekeraar (i.c. het standpunt zoals vermeld in de brief van 17 oktober 2014) juist is. De ziektekostenverzekeraar realiseert zich evenwel dat dit in het onderhavige geval wellicht duidelijker had gekund. Bij brief van 25 maart 2015 is aan verzoekster medegedeeld dat geen sprake is van verzekerde zorg. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de brieven waarin is gevraagd naar de facturen, verwarrend kunnen zijn geweest. De inhoud van de brieven van de ziektekostenverzekeraar was echter niet dusdanig dat verzoekster op grond daarvan er gerechtvaardigd op kon of mocht vertrouwen dat sprake was van verzekerde zorg. De nota's over de periode van 30 september 2014 tot 25 maart 2015 bedragen totaal € 29.464,46. De ziektekostenverzekeraar is bereid aan verzoekster coulancehalve een bedrag van € 15.000,-- te betalen.

- 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 17 van de zorgverzekering (2014-2015) en de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering (2014-2015) 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 de aanspraak alsnog 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg of diensten is aangewezen op door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, en voor het overige kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is voor het jaar 2014 geregeld in de artikelen 18.1 tot en met 18.22 van de zorgverzekering, en voor het jaar 2014 in de artikelen 18.1 tot en met 18.23.

- 8.3. Artikel 18.12 van de zorgverzekering (2014) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Verwijzers naar medisch specialistische zorg.

Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, of een medisch specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. (...)

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)

lid 2 Ziekenhuis en ZBC

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Het betreft verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 18.12 of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 18.13. (...) De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

b Niet-klinische medisch specialistische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging (dagopname), alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op voor medisch specialistische behandeling in een ZBC. De aanspraak omvat de medisch specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij een behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch specialistische behandeling alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)

Artikel 18.11 van de zorgverzekering (2015) is - ten aanzien van de voor dit geschil relevante bepalingen - gelijkloidend.

- 8.4. Artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering (2014-2015) bepaalt dat de aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.5. Artikel 18.2 van de zorgverzekering (2014) betreft de aanspraak op (vergoeding van) zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

lid 1 Algemeen

De verzekerde die woont in Nederland en zorg geniet buiten Nederland heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorgverlener als bedoeld in artikel 3 tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
- indien en voor zover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal de in Nederland geldende marktconforme vergoeding.*

lid 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

- aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- of*
- aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorgaanbieder conform de zorgverzekering:*
- tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;*

- indien en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal de in Nederland geldende marktconforme vergoeding.
(...)

lid 5 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.

lid 6 Advies en bemiddeling

Ditzo heeft voor u met een aantal ziekenhuizen in Duitsland, België en Spanje afspraken gemaakt. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij afspraken hebben gemaakt, ga dan naar www.Ditzo.nl. Wilt u advies over geplande zorg in het buitenland of heeft u vragen over zorgbemiddeling, neem dan contact op met de Persoonlijke Zorgcoach van Ditzo (...)."

- 8.6. Artikel 18.2 van de zorgverzekering (2015) betreft de aanspraak op (vergoeding van) zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

lid 2 Advies en bemiddeling bij niet spoedeisende zorg

Als verzekerde in het buitenland wil worden behandeld moet verzekerde er rekening mee houden dat de behandeling niet altijd volgens de zorgverzekering wordt betaald of dat de behandeling duurder is dan in Nederland zodat verzekerde zelf de kosten geheel of gedeeltelijk zal moeten betalen. Wij raden verzekerde dan ook aan om vooraf contact op te nemen met de Persoonlijke Zorgcoach van Ditzo (...) om van te voren te vernemen of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is. Ditzo heeft met een aantal ziekenhuizen in Duitsland, België en Spanje afspraken gemaakt. Zie hiervoor www.ditzo.nl/zorgverzekering.

lid 3 Algemeen

De verzekerde die woont in Nederland en zorg geniet buiten Nederland heeft recht op dezelfde vergoeding onder dezelfde voorwaarden als wanneer hij in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan.

lid 4 *De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:*

- aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of

*- recht op dezelfde vergoeding onder dezelfde voorwaarden als wanneer hij in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan.
(...)"*

- 8.7. Voornoemde artikelen uit de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering (2014-2015) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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.
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.

8.9. 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.

8.10. 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. Verzoekster is naar Duitsland, een andere EU-lidstaat, 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.

Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Zij was daarbij gehouden de ziektekostenverzekeraar een redelijke termijn te gunnen voor de verwerking van dit verzoek. Niettegenstaande de ernstige medische situatie van verzoekster, is een termijn van vier dagen niet te beschouwen als een redelijke termijn, zodat de situatie vergelijkbaar is met die waarin voorafgaand aan de behandeling in het geheel geen toestemming is gevraagd. De verordening vindt derhalve geen toepassing en getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. Mede gelet op de door partijen ingenomen standpunten, is de vraag of een TACE-behandeling bij een gemetastaseerd sigmoidcarcinoom voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.3. 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.

- 9.4. 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 worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen 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 worden 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.

- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot TACE-behandelingen bij de indicatie van verzoekster is door het Zorginstituut uitgevoerd. De bevindingen hiervan zijn in het advies van 10 mei 2016 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.
Derhalve heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de TACE-behandelingen, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Werking privaatrecht

- 9.7. Verzoekster heeft gesteld dat zij voorafgaand aan de TACE-behandelingen, op 23 september 2014, telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft gehad, waarbij zij de situatie heeft uitgelegd en heeft verzocht om toestemming voor de behandeling in Frankfurt. Volgens haar heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar haar geadviseerd een spoedaanvraag in te dienen, welk advies zij heeft opgevolgd. Met het indienen van de spoedaanvraag op 26 september 2014, en nadien de aanvullende medische informatie, was verzoekster in de veronderstelling dat de ziektekostenverzekeraar zou overgaan tot vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat op 23 september 2014 telefonisch contact met verzoekster heeft plaatsgevonden, en dat haar bij die gelegenheid is geadviseerd een spoedaanvraag voor de behandeling in Frankfurt in te dienen. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster echter niet de gevraagde (medische) gegevens aangeleverd die nodig waren voor een beoordeling van de aanvraag, waardoor de medisch adviseur deze beoordeling toen niet heeft kunnen uitvoeren. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.
- 9.8. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat van het telefoongesprek op 23 september 2014 met verzoekster geen registratie is gemaakt. Een afschrift daarvan kon zodoende niet worden overgelegd.
In de stukken is wel een e-mailbericht van verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar van 29 september 2014 aanwezig, waarbij zij de verwijzing van de huisarts heeft gevoegd en heeft medegedeeld dat de gegevens uit Frankfurt zo snel als mogelijk ná 30 september 2014 worden

overgelegd. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster op 1 oktober 2014 per brief medegedeeld dat de aanvraag niet in behandeling kan worden genomen, omdat meer informatie nodig is. Verzoekster heeft op 1 oktober 2014 een verklaring van de arts in Frankfurt overgelegd, en op 15 oktober 2014 het behandelplan. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 oktober 2014 per brief aan verzoekster medegedeeld dat meer tijd nodig is voor een reactie op de machtigingsaanvraag.

Op basis van het voorgaande geldt dat de ziektekostenverzekeraar heeft gesuggereerd dat een spoedaanvraag kon worden gedaan/een spoedprocedure kon worden gevolgd, maar dat dit in de praktijk niet als zodanig heeft uitgepakt. Verzoekster heeft de indruk gehad dat een spoedprocedure bestond bij de ziektekostenverzekeraar en heeft naar beste kunnen gehandeld. De spoedaanvraag van verzoekster is naar het oordeel van de commissie evenwel door de ziektekostenverzekeraar niet met zodanige spoed behandeld als verzoekster in het licht van de omstandigheden van het geval mocht verwachten getuige het feit dat op 1 oktober 2014 - één dag na het consult en de behandeling in Frankfurt - per brief aan verzoekster is medegedeeld dat de aanvraag niet kon worden beoordeeld. Eerst op 17 oktober 2014 is aan haar medegedeeld dat geen vergoeding voor de behandeling in Frankfurt kon worden verleend.

De commissie is op basis van het voorgaande van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandeling in Frankfurt op 30 september 2014 dient te vergoeden aan verzoekster. Zij was en mocht immers op dat moment nog in de veronderstelling (zijn) te hebben voldaan aan het door de ziektekostenverzekeraar gevraagde in het kader van de - gesuggereerde - spoedprocedure.

- 9.9. Wat betreft het beroep dat verzoekster doet op gewekt vertrouwen, zet de commissie vraagtekens bij de brief van de ziektekostenverzekeraar van 30 december 2014. In deze brief wordt aan verzoekster medegedeeld "*Wij vergoeden de kosten vanuit de Basisverzekering*", en wordt zij verzocht de facturen van de zorg toe te sturen. Deze mededeling staat haaks op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 17 oktober 2014, waarin is vermeld dat de behandeling in Duitsland niet voldoet aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarnaast is het verzoek om facturen toe te sturen niet te plaatsen, aangezien verzoekster naar eigen zeggen op dat moment reeds vier facturen aan de ziektekostenverzekeraar had gezonden. Dit is ook in lijn met de behandelfrequentie in de kliniek in Frankfurt; verzoekster had op 30 december 2014 reeds vier TACE-behandelingen ondergaan, en - naar, met het oog op de kosten, aannemelijk lijkt - van elke behandeling de factuur reeds aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Wat hiervan ook zij, verzoekster had zich moeten realiseren dat reeds op 17 oktober 2014 vergoeding van de TACE-behandelingen was afgewezen, en dat de enkele toezending van facturen - dat wil zeggen niet van aanvullende medische informatie - niet kon leiden tot een wijziging van dit standpunt. De brief van 30 december 2014 is naar het oordeel van de commissie dan ook niet te beschouwen als een wijziging van het standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 9.10. De ziektekostenverzekeraar heeft zich bereid verklaard aan verzoekster coulanchehalve € 15.000,-- te betalen. Verzoekster heeft zich hiermee akkoord verklaard. De commissie volstaat in deze met een vaststelling, aangezien zij niet bevoegd is te oordelen over coulanchebeslissingen. Dergelijke beslissingen behoren tot het beleid van de ziektekostenverzekeraar.

Conclusie

- 9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen wat betreft de TACE-behandeling op 30 september 2014, en voor het overige dient te worden afgewezen.
- 9.12. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden de kosten van de TACE-behandeling die op 30 september 2014 heeft plaatsgevonden. Voor het overige wordt het verzoek afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 17 augustus 2016,

A.I.M. van Mierlo