



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D,
tegen E en F, beide te G

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, resectie metastasen coloncarcinoom, indicatie Zaaknummer
: 201301790

Zittingsdatum : 4 juni 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012 en 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012 en 2013)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D,
tegen

- 1) E te G, en
 - 2) F te G,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker 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 waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 1 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twee operaties, bestaande uit resectie van metastasen in de lever en de longen als gevolg van een coloncarcinoom, uit te voeren te Oldenburg respectievelijk Delmenhorst, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 brief van 2 januari 2014 heeft verzoeker 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 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 maart 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 maart 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 april 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 mei 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 11 maart 2014 heeft de commissie Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 april 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014031342) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie had voor de onderhavige ingreep. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 juni 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 5 juni 2014 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 12 juni 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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. Verzoeker is door zijn huisarts verwezen naar een ziekenhuis in Nederland in verband met darmproblematiek. Er werd darmkanker geconstateerd. In 2009 is de primaire tumor verwijderd, tegelijk met een deel van de dikke darm. In augustus 2010 werd een uitzaaiing gevonden in de longen, die operatief is verwijderd. Helaas ontstonden uitzaaiingen in de lever. De arts in het Nederlandse ziekenhuis meende dat operatief ingrijpen niet was geïndiceerd, en stelde een palliatieve behandeling met chemotherapie voor.
- 4.2. Verzoeker heeft hierop aan zijn huisarts een verwijzing gevraagd naar de arts in Oldenburg. Deze achtte resectie van de metastasen in de lever mogelijk, en heeft verzoeker op 15 november 2012 geopereerd. Hierbij is een deel van de lever verwijderd. Negen dagen na de operatie mocht verzoeker weer naar huis.
- 4.3. Omdat nog een verdenking bestond op metastasen in de longen, is verzoeker door de arts in Oldenburg verwezen naar de arts in Delmenhorst. Deze heeft een operatie aan de longen uitgevoerd, waarvoor verzoeker van 23 januari tot en met 26 februari 2013 opgenomen is geweest. Tijdens de ingreep werden bilaterale pulmonale metastasen verwijderd.
- 4.4. Verzoeker heeft na de operatie aan de longen als complicatie een klaplong gehad, waarvoor hij in Nederland is behandeld. Ook zijn recent weer uitzaaiingen geconstateerd, hetgeen voor hem zeer wrang is en duidt op de juistheid van de stelling van de ziektekostenverzekeraar. Geen enkele medische ingreep gaat echter gepaard met garanties. Dit geldt ook voor de destijds door het Nederlandse ziekenhuis voorgestelde palliatieve behandeling. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar naar voren heeft gebracht, staat de behandelend arts in Oldenburg bekend als een zeer vooraanstaand specialist. Het ziekenhuis waar hij werkzaam is heeft bovendien een samenwerkingsverband met het ziekenhuis in Nederland voor het opleiden van artsen. De suggestie dat voor de Duitse artsen geldelijk gewin een rol zou spelen is zeer laakbaar. Dat zij werken op basis van "fee for service", oftewel "op basis van verrichtingen" is ook in Nederland geen onbekend fenomeen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat het kennelijk gaat om het besluitvormingsproces. Men gaat uit van veronderstellingen en is gefocust op hetgeen in het Nederlandse ziekenhuis is beslist. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat men in Duitsland te snel tot opereren is overgegaan. Een zodanig oordeel moet echter wel zijn gebaseerd op feiten. Dat is nu niet het geval geweest.

Verzoeker staat positief in het leven en kan inmiddels weer allerlei dingen doen, zoals bijvoorbeeld fietsen en hardlopen. Intussen is hij weer onder behandeling bij een oncoloog in het Nederlandse ziekenhuis, een andere dit keer. In de eerste arts had hij namelijk geen vertrouwen meer. Tegen deze arts heeft ook een klachtprocedure gelopen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Uit informatie van het Nederlandse ziekenhuis blijkt dat bij verzoeker sprake was van niet-resectabele longmetastasen, en een mogelijke levertumor in segment VII. Het voorstel van het Nederlandse ziekenhuis was verzoeker te behandelen met palliatieve chemotherapie.

Verzoeker heeft hierop een second opinion gevraagd bij een Duitse arts. Deze heeft hem op 15 november 2012 geopereerd en heeft de tumor van de lever in segment VII verwijderd. De behandelend arts heeft medegedeeld dat indien de metastasen in de longen resectabel zijn een operatie volgens hem geïndiceerd is.

5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar merkt op dat het niet alleen gaat om de vraag of de metastasen resectabel zijn, maar ook wat de resterende longcapaciteit zal zijn en hoeveel metastasen er zijn. Bij meer dan drie metastasen is operatief ingrijpen niet meer geïndiceerd.

Als het oncologieteam van het Nederlandse ziekenhuis een mogelijkheid had gezien tot een curatieve resectie, zou deze zijn uitgevoerd. Tijdens een multidisciplinair overleg is de situatie van verzoeker besproken en werden curatieve resecties of palliatieve resecties echter niet als een optie beschouwd. De enige rationele behandeling bestond volgens de artsen in dit ziekenhuis uit chemotherapie. Hieruit heeft de ziektekostenverzekeraar de conclusie getrokken dat operatief ingrijpen voor verzoeker niet was geïndiceerd.

5.3. In reactie op de vraag waarom het standpunt van de Duitse artsen niet wordt meegewogen, merkt de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar op meer vertrouwen te hebben in meerdere Nederlandse hoogleraren en specialisten in dienstverband die hij kent, dan in een anonieme Duitse arts op prestatieloon ("fee for service"). Het fenomeen dat Duitse of Belgische artsen voortdurend Nederlandse verzekerden door willen behandelen (tot de dood erop volgt), terwijl Nederlandse artsen eerder een palliatief traject voorstaan, ziet de medisch adviseur wekelijks voorbij komen. Hier spelen niet alleen medisch-inhoudelijke verschillen, maar ook financieringsverschillen een rol.

De medische informatie van de Duitse artsen vindt de medisch adviseur slecht. Hij vraagt zich af of de eerste arts een leveroperatie heeft uitgevoerd terwijl hij niet op de hoogte was van de niet-resectabele longmetastasen. Verder merkt hij op dat de tweede arts met de uitgevoerde ingreep een bloeding had kunnen veroorzaken.

5.4. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling geen toestemming gevraagd. Hij heeft de voorgenomen behandelingen wel telefonisch medegedeeld, maar dit gebeurde drie dagen voordat de behandeling zou plaatsvinden. De aanvraag is eerst ingediend nadat de ingreep achter de rug was. Daar komt bij dat verzoeker in het Duitse ziekenhuis uitdrukkelijk heeft verklaard dat hij als "Selbstzahler" wilde worden behandeld, waardoor hij bewust heeft afgezien van enige afrekening via de verzekering.

Gelet op het voorgaande vindt de verordening geen toepassing.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in Nederland een multidisciplinair overleg heeft plaatsgevonden, één en ander conform de daarvoor geldende richtlijn. Niet gebleken is dat dit in Duitsland ook is gebeurd. Zowel de operatie aan de lever als aan de long lijkt te zijn verricht na geïsoleerde besluitvorming. Van een second opinion is geen sprake geweest, omdat verzoeker niet is teruggegaan naar de behandelend arts.

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 A17 van de zorgverzekering en 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 gehouden is 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 (2012 en 2013) van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B9 van de zorgverzekering (2012) 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 [naam 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 [naam 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 [naam 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. (...)"

8.4. Artikel B24 van de zorgverzekering (2012) 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,
- behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd. (...)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt. (...)

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapt. Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen. Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u een verwijzing van een tandarts nodig. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. (...)

- 8.5. Artikel B5 van de zorgverzekering (2012) 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 2013 hebben een gelijke strekking.

- 8.7. 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).

- 8.8. 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.

- 8.9. 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 van Vo. nr. 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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoeker heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan artikel B9 van de zorgverzekering.
- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat de operaties aan lever en longen in verband met metastasen van een coloncarcinoom verzekerde prestaties vormen onder de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker hiervoor ten tijde van deze ingrepen een indicatie had.
- 9.4. Het Zorginstituut overweegt in zijn advies van 15 april 2014 dat de situatie van verzoeker werd besproken in het longpanel van het Nederlandse ziekenhuis, waarbij multidisciplinair in aanwezigheid van longartsen, thoraxchirurgen, radiotherapeuten, een patholoog, een radioloog en een nucleair geneeskundige werd besloten dat de metastasen niet-resectabel waren en dat verzoeker in aanmerking kwam voor palliatieve chemotherapie. Het Zorginstituut concludeert op basis van deze gegevens dat verzoeker geen indicatie had voor de uitgevoerde ingrepen, en adviseert tot afwijzing van het verzoek. De commissie maakt deze conclusie tot de hare en neemt het advies van het Zorginstituut over, daarbij nog overwegende dat niet is gebleken dat in Duitsland ook een multidisciplinair overleg heeft plaatsgevonden. De uitkomst van een integrale beoordeling door een team van deskundigen heeft zwaarder te wegen dan de afweging die de beide Duitse artsen, kennelijk los van elkaar, hebben gemaakt.
- 9.5. Voorts is niet gebleken dat sprake is geweest van een second opinion. Verzoeker is in Duitsland direct geopereerd, en is met de uitkomst van het onderzoek niet teruggedaan naar zijn behandelend arts in Nederland. Ook is niet gebleken dat de arts in Nederland de behandeling heeft overgedragen aan de artsen in Duitsland. Dat door verzoeker een klachtprocedure werd gestart tegen de behandelend arts in Nederland, is voor de vraag of al dan niet kan worden gesproken van een second opinion niet relevant.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de aan verzoeker verleende zorg, 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, 18 juni 2014,

Voorzitter