

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B in zijn hoedanigheid van erfgenaam van de heer C, tegen D te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, transarteriële chemo-embolisatie (TACE), stand wetenschap en praktijk, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2012.01702
Zittingsdatum : 29 mei 2013

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 2011 en 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011 en 2012, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van erfgenaam van de heer C, hierna te noemen: erflater,

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was erflater bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (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 Extra Zorg Polis Goed afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 7:944 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 behandeling met transarteriële chemo-embolisatie (TACE), uit te voeren te Frankfurt am Main (Duitsland) (hierna: de aanspraak). De eerste nota is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Bij ongedateerd uitkeringsbericht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat vergoeding van de overige nota's is afgewezen.

3.2. Erflater is op 20 juni 2012 overleden.

3.3. Verzoeker heeft de kwestie voorgelegd aan de SKGZ. De SKGZ heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 22 januari 2013 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).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 april 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 april 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 mei 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 5 april 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 3 mei 2013 (zaaknummer 2013047865) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat TACE bij de indicatie van erflater geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 mei 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 juni 2013 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Dit stuk is door de commissie als tardief beoordeeld.
- 3.12. Bij brief van 3 juni 2013 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 7 juni 2013 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 verzoeker
 - 4.1. Bij erflater is in december 2010 blaaskanker vastgesteld. In december 2011 werd hem medegedeeld dat de kanker zich had uitgezaaid naar de longen en de lever. In Nederland kon men niets meer voor hem doen. Erflater is hierop terecht gekomen bij de Universiteitskliniek te Frankfurt am Main, waar hij met TACE is behandeld door dr. Vogl.

- 4.2. De eerste behandeling vond plaats op 24 december 2011. Op 19 december 2011 heeft erflater telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar aangaande de vergoeding. De medewerker heeft een en ander uitgezocht, en deelde hem mede dat zolang de behandeling poliklinisch plaatsvond en er een verwijzing van de huisarts was, de kosten voor vergoeding in aanmerking kwamen. Ook een adviseur van erflater, die werkzaam is bij de ziektekostenverzekeraar, heeft één en ander nagevraagd, en hij kreeg hetzelfde antwoord.
- 4.3. De eerste declaratie is volledig vergoed. De overige behandelingen zijn niet vergoed, op de grond dat TACE geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar mag echter niet terugkomen op de door hem gedane toezegging.
- 4.4. Voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt dat gemeld had moeten worden dat het ging om TACE, merkt verzoeker op dat van een doorsnee burger niet kan worden verwacht dat hij op de hoogte is van de namen van de verschillende behandelingen. Erflater heeft naar eer en geweten medegedeeld dat het een behandeling in Frankfurt betrof. Het lag op de weg van de ziektekostenverzekeraar de zaak eerst wat beter te bestuderen alvorens tot een oordeel te komen met betrekking tot de vergoeding. Erflater heeft in totaal voor ongeveer € 22.000,- aan kosten gemaakt, en hiervan is slechts ongeveer € 3.000,- vergoed. Verzoeker vordert betaling van het de totale kosten onder aftrek van het bedrag dat reeds is voldaan.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat tijdens het eerste telefonisch contact tussen erflater en de ziektekostenverzekeraar op 19 december 2011, door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar is verwezen naar artikel 9.3 van de zorgverzekering. Echter, dit artikel betreft intramurale zorg, en is niet van toepassing omdat de behandeling poliklinisch was. Op 20 december 2011 heeft erflater wederom gebeld met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid werd hem medegedeeld dat een verwijzing en een behandelplan moesten worden overgelegd. Vanwege de ontstane verwarring heeft erflater op 21 december 2011 wederom gebeld met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid werd nogmaals naar artikel 9.3 van de zorgverzekering verwezen. Vervolgens werd de eerste behandeling vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
De betaling van de overige ingediende nota's bleef uit. Naar aanleiding hiervan heeft contact plaatsgevonden met de ziektekostenverzekeraar. Toen is ook de adviseur van erflater, die werkzaam is bij de ziektekostenverzekeraar, betrokken geraakt bij de kwestie. Deze adviseur heeft een en ander uitgezocht en op 7 maart 2012 werd hem medegedeeld dat erflater de vergoedingen op zeer korte termijn tegemoet kon zien. De betaling bleef echter uit. Pas op 7 mei 2012 volgde het definitieve oordeel van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker brengt in over registraties van de diverse contactmomenten te beschikken.
Verzoeker stelt dat uit de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar voortvloeit dat erflater erop had moeten worden gewezen dat TACE niet wordt vergoed. Na het definitieve oordeel van de ziektekostenverzekeraar, is de behandeling gestaakt omdat erflater niet meer over voldoende financiële middelen beschikte.
- 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. De kosten van een TACE-behandeling komen niet voor vergoeding in aanmerking. Het CVZ heeft in 2010 geconcludeerd dat deze behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar volgt het advies van het CVZ.
- 5.2. De nota met behandeldatum 22 december 2011 is door de ziektekostenverzekeraar ten onrechte vergoed. Deze kosten zullen niet bij verzoeker worden teruggevorderd. Er kunnen echter geen rechten worden ontleend aan een uitbetaling van een onterechte vergoeding.
- 5.3. De telefoongesprekken verliepen voornamelijk tussen twee afdelingen van de ziektekostenverzekeraar. Eén van de afdelingen heeft rechtstreeks contact gehad met erflater en verzoeker. Uit de betreffende telefoonnotities blijkt niet van een telefonische toezegging.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ-advies niet het geschilpunt is. Door verzoeker wordt gesteld dat toestemming is gegeven voor TACE. Dit is niet juist. Door erflater is gevraagd naar de vergoeding van een poliklinische behandeling. De op 19, 20 en 21 december 2011 gegeven antwoorden zijn correct. Door verzoeker is erkend dat verschillende antwoorden zijn gegeven. Dit is te verklaren doordat niet specifiek naar de vergoeding van TACE werd geïnformeerd. De antwoorden zijn daarom algemeen geweest. De ziektekostenverzekeraar brengt in dat TACE een dure behandeling is. Erflater twijfelde zelf al over het recht op vergoeding en heeft daarom gebeld. Kennelijk heeft hij geconcludeerd dat toestemming werd gegeven voor de behandeling. In december is hij voor behandeling naar Duitsland gegaan. De betreffende nota is in maart afgewikkeld. In februari en begin maart vonden opnieuw behandelingen plaats. De afwikkeling (betaling) had toen nog niet plaatsgevonden, zodat geen verwachtingen zijn gewekt. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een bindend advies van de commissie van 14 mei 2008 waaruit is af te leiden dat een specifieke vraag moet worden gesteld. Desalniettemin kan door de betaling de indruk zijn gewekt dat de kosten van TACE worden vergoed. Dit was echter ten onrechte. Tot slot brengt de ziektekostenverzekeraar in dat geen gemotiveerde verwijzing of behandelplan is overgelegd. De arts in Duitsland had op grond van de informatie van de huisarts moeten concluderen dat er geen indicatie was voor TACE.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering 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 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)”

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- *zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- *zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)”*

8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg ‘plegen te bieden’. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

8.6. De artikelen 1.2, 9 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 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 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 dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. 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. Er is sprake van planbare zorg; erflater is naar een andere lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. De telefonische mededeling van de kant van de ziektekostenverzekeraar dat ingeval van een poliklinische behandeling veelal geen voorafgaande toestemming hoeft te worden gevraagd, is juist. Er kan dan echter geen beroep worden gedaan op artikel 20 van Vo. nr. 883/2004, en er bestaat geen aanspraak op vergoeding conform de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf, in dit geval Duitsland.

- 9.2. Erflater heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Dit gesprek vond echter zeer kort vóór de eerste behandeling plaats, zodat de ziektekostenverzekeraar niet in de gelegenheid was zich schriftelijk over de aanvraag uit te laten alvorens de kosten werden gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom niet kunnen onderzoeken of de zorg een verzekerde prestatie vormde onder de zorgverzekering, of erflater daarvoor een indicatie had, en of wellicht een zogenoemd S2-formulier diende te worden verstrekt. Om die reden blijft genoemde verordening buiten toepassing en dient getoetst te worden aan artikel 13 van de zorgverzekering, zoals ook zou zijn gebeurd indien voor de – poliklinische – behandeling geen voorafgaande toestemming was gevraagd.
- 9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de behandeling met TACE in verband met blaaskanker die is uitgezaaid naar de lever en longen, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. 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.
- 9.5. 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 me-

dische 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.

- 9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 3 mei 2013 verwoord. De conclusie van het advies is dat TACE bij de indicatie van erflater geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een behandeling met TACE, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.8. Verzoeker heeft aangevoerd dat hem en erflater door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar de mededeling is gedaan dat de kosten van de TACE-behandelingen volledig vergoed worden. Dit is ook medegedeeld aan een adviseur die bij de ziektekostenverzekeraar werkzaam is, die dit op zijn beurt weer heeft doorgegeven aan verzoeker en erflater. Bovendien is de eerste nota uitbetaald conform de toezegging.
- 9.9. De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht gegeven van de gemaakte telefoonnotities. De volgende notities zijn van belang:

“20-12-2012: Wordt behandeling in [F]rankfurt vergoed? dgg dat specialist een machtingaanvraag met behandelplan moet indienen”

“21-12-2012: Wanneer poliklinische of dagbehandeling plaatsvind[t] in Frankfurt kan dat zonder verwijzing van huisarts/specialist. Wanneer er een operatie oid plaats moet vinden heeft [naam ziektekostenverzekeraar] een verwijzing van de behandelend specialist nodig, tevens zullen de artsen in Duitsland dan een behandelplan moeten leveren (...)”

“6-6-2012: Klachtenmanagement gesproken met [adviseur] van [naam ziektekostenverzekeraar]. Hij geeft aan dat hij het erg vervelend vindt dat wij de nota's niet nabetalen. Hij geeft aan dat [verzoeker] er een zaak van gaat maken. [Adviseur] geeft aan dat wij geen juiste info hebben gegeven ik geef hem aan dat dat nergens terug te vinden is. Het is ook de vraag waarom er niet is aangegeven dat het om een TACE behandeling gaat? Of dat het een experimentele behandeling is. Dat was wel duidelijk bij verzekerde. [Adviseur] geeft aan dat dat bij hem niet duidelijk was. Vandaar dat je ook ziet dat hij vraagt of chemobehandelingen voor vergoeding in aanmerking komen. Toen hebben wij de juiste antwoorden gegeven. Vandaar dat ik ook aangeef wat is de vraagstelling geweest? Want als de vraagstelling niet compleet is kan de beantwoorder dat ook niet weten.”

- 9.10. Uit de telefoonnotities blijkt dat aan de medewerker is medegedeeld dat het ging om behandelingen met chemotherapie in Frankfurt am Main. Hierop is geantwoord dat deze behandelingen vergoed worden, mits er een verwijzing is van de huisarts en de behandelingen poliklinisch plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar merkt hierover op dat dit antwoord in algemene zin juist is, en dat door verzoeker dan wel de adviseur gemeld had moeten worden dat het ging om TACE. De commissie is van oordeel dat het op de weg van de ziektekostenverzekeraar ligt, alvorens een mededeling te doen, door te vragen met betrekking tot de aard van de behandeling. Dit klemt te meer nu het een behandeling in het buitenland betreft, die verband houdt met een ernstige ziekte, en bij de ziektekostenverzekeraar bekend mag worden verondersteld dat behandelingen in verband met uitzaaiingen in de lever door dr. Vogl, die werkzaam is in Frankfurt am Main, zeer vaak TACE-behandelingen zijn.
- 9.11. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar de eerste nota volledig uitbetaald. Eerst bij declaratie van de volgende nota's kwam de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat het ging om niet verzekerde zorg. Eerder en verzoeker mochten naar het oordeel van de commissie uit de mededelingen van de medewerker aan de telefoon, de adviseur van de ziektekostenverzekeraar die dezelfde mening was toegedaan, en het feit dat de eerste nota werd betaald, opmaken dat de behandeling met TACE voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking kwam. De ziektekostenverzekeraar is derhalve gehouden de volledige kosten van de TACE-behandelingen aan verzoeker te vergoeden.

Conclusie

- 9.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.13. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 12 juni 2013,

Voorzitter