

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door G tegen C te D en E te F  
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, Trans Arteriële Chemo Embolisatie (TACE) bij cholangiocarcinoom, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 2009.00839  
Zittingsdatum : 23 juni 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekers, in deze vertegenwoordigd door G, hierna te noemen: gemachtigde,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekers komen op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 29 december 2009 de kosten verbonden aan behandelingen Trans Ateriële Chemo Embolisatie (TACE-behandelingen), uitgevoerd bij erflaatster te Frankfurt am Main (Duitsland) (hierna te noemen: de aanspraak) slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 2.126,65 te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Garant Midden 2 en TandVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 22 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster medegedeeld dat de aanspraak tot een bedrag van € 1.178,- wordt ingewilligd.
- 3.3. Erflaatster was het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 december 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster medegedeeld dat een bedrag van € 2.126,65 wordt vergoed.
- 3.4. Bij brief van 6 april 2009 heeft gemachtigde de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door gemachtigde het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de

mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van gemachtigde te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door gemachtigde aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 5 november 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 november 2009 aan gemachtigde gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Gemachtigde heeft op 19 november 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 9 november 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 april 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 0029123921) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Gemachtigde en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 juni 2010 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 23 juni 2010 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 28 juni 2010 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 gemachtigde

- 4.1. De behandelend chirurg in Nederland heeft bij erflaatster de volgende diagnose gesteld: "groot proces in de lever, segment II, III, IV, V, VIII met satellithaarden, passend bij primaire levertumor of metastasen". De chirurg heeft erflaatster medegedeeld dat geen chirurgische mogelijkheden bestonden. Erflaatster is daarop door de huisarts doorverwezen naar een arts in Frankfurt am Main.
- 4.2. Gemachtigde stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij erflaatster eind juni 2008 leverkanker is geconstateerd. In Nederland zijn daarvoor geen behandelingsmogelijkheden. Na onderzoek is gebleken dat TACE-behandelingen, uit te voeren door een arts te Frankfurt am Main, uitkomst zouden kunnen bieden. In eerste instantie werd door de ziektekostenverzekeraar vergoeding van een bedrag van € 1.178,- toegezegd. Uiteindelijk is dit bedrag verhoogd naar € 2.126,65. Elke TACE-behandeling kost echter € 4.000,-, en het controleonderzoek dat in januari 2009 is uitgevoerd, kost € 1.650,-. In totaal is voor de tien behandelingen die erflaatster heeft ondergaan een bedrag van € 40.000,- verschuldigd. Voorts heeft zij veel reiskosten moeten maken.
- 4.3. Ter zitting is door gemachtigde medegedeeld dat erflaatster inmiddels is overleden. In Nederland was behandeling niet mogelijk, waarop de behandelend specialist naar

de overige mogelijkheden is gevraagd. De specialist deelde mede dat onder andere een behandeling in Duitsland een optie zou zijn. Gemachtigde heeft daarop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd naar de hoogte van de vergoeding. Daarbij is gezegd dat het verzoek om vergoeding schriftelijk diende te worden ingediend. Erflaatster had hiervoor echter niet de tijd, en zij kon direct in Duitsland terecht. De behandelingen sloegen aan. Erflaatster heeft hiermee echter moeten stoppen toen haar lichaam de behandelingen niet meer aankon. Gemachtigde heeft van andere patiënten vernomen dat andere verzekeraars de kosten wel vergoeden.

4.4. Gemachtigde komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat een TACE-behandeling bij een cholangiocarcinoom in de lever valt onder de zorg die medisch-specialisten plegen te bieden. De zorg is in overeenstemming met de huidige stand van de wetenschap en praktijk. De vergoeding wordt vastgesteld volgens Nederlands tarief. In eerste instantie is uitgegaan van de DBC-code 62.11.00.0331.0080 met tarief € 1.178,--. Later is besloten dat de code 62.11.00.0331.0035 met tarief € 2.126,65 beter bij de uitgevoerde behandeling past. De code geldt voor het gehele traject, zodat geen recht bestaat op een hogere betaling, wanneer de kosten meer bedragen dan het vastgestelde tarief.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat indien andere zorgverzekeraars de kosten wel volledig ten laste van de zorgverzekering vergoeden, een en ander niet conform de regelgeving is. Aangezien eerst gedurende de behandeling toestemming is gevraagd, is de EG-Verordening niet van toepassing en hoefde geen E112-formulier te worden afgegeven. Op grond van de polis geldt het Nederlands tarief. Het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde DBC-tarief is juist, en geldt voor de gehele behandeling, zo blijkt ook uit een overleg met DBC-onderhoud. TACE-behandelingen brengen geen verbetering bij de vastgestelde vorm van kanker. Ook in Nederland is behandeling met ablatietechnieken mogelijk, maar dit wordt uit ethisch oogpunt niet gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft verder nog opgemerkt dat dr. Vogl erom bekend staat behandelingen uit te voeren die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht tot een bedrag van maximaal € 2.126,65 is ingewilligd.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten verbonden aan de TACE-behandelingen volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 2.126,65 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1 Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

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

*“U heeft recht op:*

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

*(...)*

*[De ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt daaruit kiezen. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [de ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:*

- *zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 90% van het tarief wordt vergoed, maar voor uw rekening blijft ten hoogste € 200, (...)*

*U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg, verpleeghuisarts of een bedrijfsarts, als de klachten met uw werk te maken hebben. Voor spoedeisende zorg heeft u geen verwijzing nodig. (...)*”

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

*“Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 1408/71 en bilaterale verdragen van toepassing.*

*Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.*

*U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder.*

*Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

*Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:*

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- *recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- *vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)*”

- 8.2 De artikelen B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.3 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 13 Zvw bepaalt dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
- 8.4 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.5 Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- “1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)*
- c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:*
- i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;*
- ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.*
- 2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)”*

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1 Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot (gedeeltelijke) vergoeding van de TACE-behandelingen, kunnen de vragen of sprake is van een verzekerde prestatie en of erflaatster daarvoor een indicatie had, onbesproken blijven. Thans is louter de hoogte van de vergoeding in is geschil.
- 9.2 Door gemachtigde is gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden, dat de betreffende behandelingen niet in Nederland worden verricht. Ook waren geen andere behandelingsmogelijkheden aanwezig. Gemachtigde heeft voorafgaand aan

de behandeling telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij zij heeft medegedeeld dat de behandeling spoed had, en dat hiermee niet kon worden gewacht. Dit gesprek kan worden aangemerkt als een verzoek om toestemming. De commissie is van oordeel dat deze omstandigheden ertoe leiden dat de ziektekostenverzekeraar erflaatster het E112-formulier niet had mogen onthouden. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat een dergelijk formulier alleen mag worden verstrekt bij spoedeisende zorg is – zo blijkt ook uit het CVZ-advies van 19 april 2010 – onjuist. Ook het argument dat de Duitse arts wel zorg verleent die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, is niet steekhoudend. De ziektekostenverzekeraar dient daarom te onderzoeken welk tarief op grond van de Duitse sociale ziektekostenverzekering voor de onderhavige behandelingen wordt gehanteerd.

- 9.3 Voor zover het Nederlandse tarief aan de orde is, is de commissie gebleken dat door de ziektekostenverzekeraar de DBC-code 62.11.00.0331.0035 is gehanteerd, met als omschrijving “reguliere zorg // Lever / Electieve Embolisatie”. Het betreft een code uit het A-segment, waarvoor een vastgesteld tarief van € 2.126,65 geldt. Deze code komt de commissie – gezien de bij erflaatster uitgevoerde behandelingen – juist voor. Aangezien de betreffende arts niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, heeft erflaatster op grond van de polisvoorwaarden aanspraak op 90 percent van het genoemde bedrag. In zijn brief van 29 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar deze korting echter niet vermeld, doch gesteld dat het gehele bedrag wordt vergoed. Erflaatster mocht daarom erop vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar in haar situatie niet achteraf een korting zou toepassen. Het DBC-tarief wordt in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat het in de situatie van erflaatster niet alle gemaakte kosten dekt, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4 De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor hetgeen erflaatster heeft verzocht.

#### **Conclusie**

- 9.5 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, en wel aldus dat de ziektekostenverzekeraar (i) dient te onderzoeken welk tarief op grond van de Duitse sociale ziektekostenverzekering wordt gehanteerd voor de door erflaatster ondergane behandelingen, en vervolgens (ii) aan de erven het voor hen meest gunstige tarief – dat wil zeggen het hiervoor bedoelde Duitse tarief dan wel het Nederlandse tarief van € 2.126,65 – te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1 De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.5 is overwogen.
- 10.2 De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 7 juli 2010,

Voorzitter