

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van F
tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, herstel doorbloeding long
Zaaknummer : 2010.01921
Zittingsdatum : 16 maart 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11, 13 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van F hierna te noemen: verzekerde,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

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

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een onderzoek naar de mogelijkheden voor herstel van de bloedtoevoer van de linkerlong van verzekerde en de daaropvolgende behandeling, uit te voeren in Sankt Augustin (Duitsland) (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 29 juni 2010 is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 22 november 2010 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 ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 januari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 januari 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 15 respectievelijk 28 februari 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 10 januari 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 februari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011003889) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzekerde geen indicatie heeft voor de gewenste ingreep.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 7 maart 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat de linker longslagader van verzekerde niet goed functioneert, waardoor de bloedtoevoer naar de long niet goed is. Verzekerde is onderzocht door artsen in Groningen. Ook een arts in Boston (Verenigde Staten) heeft kennis genomen van de onderzoeken. De verschillende artsen waren van mening dat verzekerde niet geholpen kon worden. Een arts in Duitsland is echter van mening dat hij wellicht wel iets voor verzekerde kan betekenen. De eerder geplaatste shunt is namelijk 4 mm, terwijl de doorsnede van het bloedvatje 2 mm is. Een kleinere shunt kan daarom zijn aangewezen. Of zulks bij verzekerde zinvol is, dient evenwel eerst te worden onderzocht.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de kosten van een eerder uitgevoerde second opinion in Sankt Augustin zijn vergoed. De behandelend artsen in Nederland en de door hen geconsulteerde arts in de Verenigde Staten zijn van mening dat verdere ingrepen bij verzekerde niet zinvol zullen zijn. De verklaring van de Duitse arts is overigens ook voorzichtig geformuleerd. Hij stelt dat wellicht mogelijkheden bestaan voor behandeling van verzekerde, doch dat daartoe eerst eigen onderzoek nodig zal zijn. Verzekerde heeft slechts aanspraak op zorg indien zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Ondoelmatige zorg wordt niet ten laste van de zorgverzekering vergoed.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 17 van de zorgverzekering.

Artikel 17.12 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 zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)”

Artikel 14 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u in Nederland woont, hebt u ook aanspraak op zorg in natura van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, vergoeden wij maximaal 80% van het door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde bedrag. Deze regel is eveneens van toepassing voor de zorg waarbij sprake is van restitutie op basis van contract. Voor de zorg waarbij sprake is van restitutie geldt dat de vergoeding niet meer zal bedragen dan het in Nederland geldende wettelijk tarief. Als er in Nederland geen wettelijk tarief is vastgesteld bedraagt de vergoeding niet meer dan het marktconform tarief. (...)”

Artikel 16 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. De te verlenen zorg of diensten moeten doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.”

- 8.3. De artikelen 14, 16 en 17.12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. 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 zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. Artikel 14 lid 1 Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beoordeeld.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat de door verzoekster ten behoeve van verzekerde gewenste zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. De vraag is of verzekerde op die zorg is aangewezen, gelet op artikel 16 van de zorgverzekering.
- 9.2. De behandelend artsen in Groningen en de door hen geconsulteerde arts in Boston hebben verklaard dat behandeling van de doorbloeding van de long van verzekerde niet zinvol is. De arts in Sankt Augustin meent dat de plaatsing van een shunt kan zijn aangewezen doch dat, voordat daartoe wordt overgegaan, nader onderzoek dient plaats te vinden.
- 9.3. Aangezien verzekerde reeds uitvoerig is onderzocht, is niet aannemelijk dat de arts in Duitsland na nader onderzoek tot een andere conclusie zal komen dan de artsen in Groningen en Boston. Hieruit volgt dat verzekerde niet is aangewezen op de onderhavige zorg.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 maart 2011,

Voorzitter