



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis  
Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Verenigde Staten, geneeskundige zorg, onderzoeken in verband met een  
stoornis van de dunne en dikke darm, hoogte vergoeding, zorgplicht

Zaaknummer : 201701289

Zittingsdata : 18 april 2018 en 6 februari 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.14 Bzv, 2.37 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---

1. Partijen

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

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,  
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 basis van de verzekering ZorgVerzorgd (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 ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).  
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 500 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van onderzoeken in verband met een stoornis van de dunne en dikke darm, uitgevoerd te Rochester, Minnesota, Verenigde Staten. Ook heeft zij aanspraak gemaakt op vergoeding van de hiermee gemaakte reis- en verblijfkosten (hierna gezamenlijk: de aanspraak). Bij brief van 9 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de kosten van de onderzoeken slechts gedeeltelijk te vergoeden, namelijk tot een bedrag van € 1.173,77. Vergoeding van de reis- en verblijfkosten heeft de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 15 april 2016 en 8 mei 2017 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 30 oktober 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.173,77 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 16 februari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 februari 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 maart 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 maart 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 29 maart 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018010403) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat het DBC-zorgproduct met code 119499076 passender is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 april 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 april 2018 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld gezamenlijk te komen tot een vraagstelling die wordt voorgelegd aan 'Best Doctors'. Bij brief van mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij niet is aangesloten bij 'Best Doctors', en daarom voorstelt de second opinion te laten uitvoeren door een medisch specialist, werkzaam in een Nederlands academisch ziekenhuis. Omdat verzoekster niet op dit voorstel is ingegaan, heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie vervolgens verzocht een bindend advies uit te brengen. Bij e-mailbericht van mei 2018 heeft verzoekster, in reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar, medegedeeld bereid te zijn het dossier voor een second opinion aan een medisch specialist, werkzaam in een Nederlands academisch ziekenhuis, voor te leggen. Bij brief van 13 augustus 2018 heeft verzoekster een afschrift gestuurd van het rapport van de arts die de second opinion heeft uitgebracht.
- 3.11. Een kinderarts van het Academisch Medisch Centrum (AMC) heeft op 10 augustus 2018 een second opinion uitgevoerd en hierover, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Vanaf januari 2013 wordt [verzoekster] (...) door verschillende Nederlandse dokters gezien in verband met extensieve misselijkheid en braken. In verband met deze klachten werd zij al snel door de huisarts doorverwezen naar (...), MDLarts (...). Aldaar werden verschillende onderzoeken ingezet om tot een definitieve diagnose te komen. Op basis van nucleair maagledigingsonderzoek en dikkedarmpassagetijd onderzoek werd geconcludeerd dat er sprake was van een ernstig vertraagde maaglediging en een slow transit constipation. Zij werd op de juiste manier door collega (...) behandeld en toen deze verschillende behandelingen niet goed aansloegen is mevrouw doorverwezen naar hét academische ziekenhuis in Nederland dat zich bezig houdt met ernstige proximale- en distale motoriekaandoeningen, het academisch ziekenhuis in Maastricht. Aldaar werden opnieuw diagnostische onderzoeken verricht en op basis van de uitkomsten van deze onderzoeken werd een neurostimulator geplaatst. De neurostimulatie bleek aanvankelijk zeer succesvol voor haar slow transit constipation te zijn. Door dislocatie van de neurostimulator, echter volgde een terugval. Ondanks het verbeteren van de obstipatieklachten mbv de neurostimulator bleef zij ernstige klachten houden van misselijkheid, braken en voedingsproblemen. In Nederland is het Academisch ziekenhuis in Maastricht zoals gezegd hét centrum wanneer er sprake is van motoriekstoornissen in de bovenste en onder gastro-intestinale tractus. Wanneer Maastricht vervolgens een 3rd opinion aanvraagt is inderdaad verwijzing naar het academisch centrum in Leuven waar professor (...) en professor (...) werken een logische stap. Zij behoren al jaren tot de absolute wereldtop op het gebied van zowel de proximale- als distale darmmotoriek. Uit de beschikbare documenten lees ik dat professor (...) medicamenteuze adviezen heeft gegeven maar*

*dat deze niet tot een verbetering van de klachten hebben geleid. Ook is te lezen dat hij geen verdere suggesties had hoe nu verder met deze klachten om te gaan. Wanneer een zelfde patiënt bij mij op de poli zou komen en de bovenstaande route had bewandeld en mij gevraagd had of er nog andere centra in de wereld zijn die ook supergespecialiseerd zijn op dit gebied dan zou ik tenslotte advies vragen aan bijvoorbeeld professor (...), werkzaam in de Mayo Clinic in Rochester, Minnesota, Verenigde Staten of aan professor (...), werkzaam in de University of Adelaide, Australië. Deze twee centra hebben soms nog met de allernieuwste experimentele technieken de mogelijkheid de diagnose te bevestigen of te ontkrachten. Ook hebben zij soms nog nieuwe experimentele therapeutische opties die in Europa nog niet beschikbaar zijn. Overigens zou mijn voorkeur de Mayo Clinic in de VS hebben (...)"*

De ziektekostenverzekeraar is in de gelegenheid gesteld op de uitkomst van de second opinion te reageren. Bij brief van 30 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3.12. Bij brief van 4 september 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 september 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3.13. Vanwege een wijziging in de samenstelling van de commissie zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich opnieuw te doen horen. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 7 november 2018 aan de commissie medegedeeld dat zij zich opnieuw in persoon wil laten horen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 november 2018 aan de commissie medegedeeld dat een nieuwe hoorzitting wat hem betreft niet noodzakelijk is, maar als deze toch wordt gepland, wenst hij hieraan telefonisch deel te nemen. Op 6 februari 2019 zijn verzoekster en de ziektekostenverzekeraar in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De behandelend MDL-arts in Nederland heeft op 18 september 2015 over verzoekster verklaard: *"[Verzoekster] is op onze polikliniek bekend met een ernstige stoornis van zowel de dunne - als dikke darm motoriek. Voor de dikkedarm problematiek heeft zij met succes een pacemaker geï[m]planteerd gekregen in het MUMC. De dunnedarm problemen, zich uitend in misselijkheid, braken en gewichtsverlies, persisteren en invalideren patiënte in ernstige mate. Wij zouden haar graag voor een 2nd opinion willen verwijzen, maar helaas is er met het vertrek van prof. dr. (...) nog maar weinig expertise op dit gebied in de Nederlandse academische centra. Samen met patiënte zijn wij terecht gekomen bij de sectie Neurogastroenterology and Motility van de Mayo Clinic. Deze afdeling heeft een wereldwijde reputatie opgebouwd door jarenlang onderzoek gekoppeld aan patiëntenzorg. Vanuit mijn eigen onderzoek achtergrond heb ik meerdere malen contact gehad met deze specialisten en ben ik van mening dat [verzoekster] hier de beste 2nd opinion zal krijgen met daarbij de grootste kans op een passende therapie. (...)"*

4.2. De behandelend arts in de Verenigde Staten heeft op 6 december 2015 over verzoekster verklaard: *"Briefly, [verzoekster] is a pleasant 23-year-old woman from the Netherlands who presents along with her parents for concerns of chronic nausea, vomiting, rumination. She endorsed longstanding history of constipation since the age of 14. She developed very abrupt onset of nausea and vomiting at the beginning of 2013, and had persistent nausea/vomiting/rumination ever since. She has noticed there are particular food triggers based on the temperature of food with hot foods causing more of a problem than cold foods. Her symptoms come on very early after a meal, usually within seconds to minutes after a meal. In the Netherlands, she had testings that have shown delayed gastric emptying. She has also had some suggestion of delay in small bowel and colonic transit. She has had no benefit from metoclopramide or erythromycin. She had had the constipation addressed through a sacral neurostimulator placed in 2014. This seemed to have helped her significantly, and circumvented the need for large laxative doses. However, she really has not experienced*

*any significant benefit with her nausea. After her evaluation in the Netherlands, she was given the diagnosis of chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction (CIIP). She came to the Mayo Clinic for a second opinion. (...) Our final impression is that [verzoekster] suffer[s] from a gastric accommodation disorder, resulting in persistent nausea and vomiting with rumination events. A functional sensory gastric abnormality adding to her symptoms cannot be ruled out. Furthermore, her constipation may be worsening the rumination events (...) Our recommendations consist of Mirtazapine 7.5 mg qhs initially. If the patient does not improve, consider switching to Buspirone 5 mg TID (titrated up to 10 mg TID) for fundic relaxation (...). A washout period (2 weeks) between the drugs is needed to decrease the possibility of side effects. Furthermore, we have had [verzoekster] evaluated by our GI psychologist for diaphragmatic breathing techniques teaching. (...)"*

- 4.3. Een medisch adviseur die door de gemachtigde van verzoekster is ingeschakeld, heeft op 11 november 2016 over de onderzoeken in de Mayo Clinic verklaard: "(...) *Op uw gerichte vraagstelling of het onderzoek verricht in de Mayo Clinic aangemerkt kan worden als doelmatige zorg, kan ik positief antwoorden. De onderzoeken die verricht zijn om tot een diagnose te komen, zijn doelmatig om zo mogelijk tot een diagnose te komen. Helaas voor cliënte heeft het onderzoek in de Mayo Clinic niet tot een wezenlijk ander behandelingsvoorstel kunnen leiden. (...)*".
- 4.4. Verzoekster heeft, na een verwijzing van haar behandelend arts in Nederland naar de Mayo Clinic in de Verenigde Staten, aan de ziektekostenverzekeraar toestemming gevraagd voor een second opinion. In eerste instantie wees de ziektekostenverzekeraar vergoeding af op de grond dat de uit te voeren onderzoeken in de Verenigde Staten niet doelmatig zijn in verband met de kosten. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar besloten over te gaan tot een gedeeltelijke vergoeding.
- Aangezien alternatieven in Nederland en de rest van Europa ontbraken, dient de ziektekostenverzekeraar in het kader van de zorgplicht de volledige kosten van zowel de onderzoeken als de reis- en verblijfkosten te vergoeden. De bemiddeling die wordt genoemd door de ziektekostenverzekeraar was beperkt tot Leuven. Dit advies was enkel gebaseerd op het kostenaspect. Gezien het feit dat de betreffende arts in Leuven reeds eerder door verzoekster was geraadpleegd en de behandelend arts in Nederland de Mayo Clinic aanraadde, is aangeboden een gesprek te laten plaatsvinden tussen de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en de behandelend arts in Nederland. Op dit aanbod is de ziektekostenverzekeraar niet ingegaan. Volgens de ziektekostenverzekeraar is in de Mayo Clinic niet tot andere inzichten gekomen, hetgeen onjuist is. De diagnose is daar anders gesteld dan in Nederland. Samengevat is in de Mayo Clinic geconstateerd dat de oorzaak van het probleem van verzoekster ligt in het disfunctioneren van de zenuwen van de maag en darmen, en niet in het disfunctioneren van de spieren van de maag en darmen. Daarnaast zijn enkele andere zaken gediagnosticeerd. Helaas bleek slechts een beperkte behandeling van deze zeer zeldzame ziekte mogelijk.
- 4.5. De kosten belopen circa € 10.000,-- voor de onderzoeken en circa € 7.000,-- voor de reis- en verblijfkosten terwijl de ziektekostenverzekeraar een vergoeding heeft verleend van € 1.173,77. Het grootste deel van de kosten blijft hierdoor voor rekening van verzoekster. Bij de bepaling van de hoogte van de vergoeding noemt de ziektekostenverzekeraar de DOT-systematiek. Er is door de ziektekostenverzekeraar, bij gebrek aan kennis over de uitgevoerde onderzoeken in de Mayo Clinic, gekozen voor één willekeurig onderzoek dat er 'een beetje op lijkt'. De werkelijk uitgevoerde onderzoeken zijn evenwel veel complexer dan hetgeen het gekozen DBC-zorgproduct omvat. Verzoekster stelt als oplossing voor dat de ziektekostenverzekeraar 75 percent van de werkelijk gemaakte kosten in de Mayo Clinic vergoedt, aangezien voor de aldaar uitgevoerde onderzoeken geen passend Nederlands tarief kan worden vastgesteld. Verder kan verzoekster instemmen met een vergoeding op basis van 50 percent van de gemaakte reis- en verblijfkosten.
- 4.6. Tijdens de eerste hoorzitting is door verzoekster benadrukt dat zij een ernstige, zeer zeldzame ziekte heeft, waarvoor maar beperkte expertise voorhanden is. Zij heeft recht op zorg van goede kwaliteit. Doordat de ziekte zeldzaam is, bestaan er geen alternatieven voor de behandeling in de Mayo Clinic in de Verenigde Staten. In Groningen en Maastricht kon zij niet verder worden geholpen. De ziektekostenverzekeraar wijst vergoeding enkel af op basis van de hoogte van

de kosten. Zoals gezegd, bestaat hiervoor echter geen alternatief. De ziektekostenverzekeraar heeft een zorgplicht, die ook de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de zorg omvat. De zorg die verzekerde heeft ontvangen, moet worden gezien als doelmatig. Het verzoek om volledige vergoeding is ten onrechte door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Er zijn zes uitgebreide onderzoeken verricht, waarvan de ziektekostenverzekeraar maar één onderzoek vergoedt op basis van 75 percent van het Nederlandse tarief. De betreffende onderzoeken zijn uitgebreider en specialistischer dan in Nederland. Het voorstel is daarom de kosten van € 10.000,- te vergoeden op basis van 75 percent, hetgeen neerkomt op € 7.500,-. Ook de reis- en verblijfkosten van € 7.000,- moeten door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. Verzoekster is bereid genoeg te nemen met vergoeding van de helft van dit bedrag, dat wil zeggen € 3.500,-.

4.7. Bij e-mailbericht van 20 september 2018 heeft verzoekster de commissie medegedeeld dat met de ziektekostenverzekeraar een dispuut is ontstaan over de factuur van de second opinion van 10 augustus 2018. Hierover wenst verzoekster daarom ook van de commissie een uitspraak.

4.8. Tijdens de tweede hoorzitting, die plaatsvond op 6 februari 2019, heeft verzoekster aangevoerd dat door een arts verbonden aan een Nederlands academisch centrum een second opinion is gegeven, waaruit volgt dat door verzoekster de juiste stappen zijn ondernomen en de Mayo Clinic de beste optie voor haar was. De ziektekostenverzekeraar gaat hier volledig aan voorbij en stelt dat verzoekster in Leuven terecht had gekund. Er was echter al contact geweest met Leuven, en van hieruit is medicatie voorgeschreven, die niet heeft geleid tot het gewenste resultaat. Vanuit Leuven is verzoekster daarna medegedeeld dat men hier niets voor haar kon betekenen. De Mayo Clinic vormde daarom de beste optie. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens ook geweigerd de kosten van de second opinion in het Nederlandse academische centrum te vergoeden, met als reden dat deze niet op de juiste wijze zijn gedeclareerd. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden ook deze kosten aan haar te vergoeden.

4.9. 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 heeft vergoeding van de onderzoeken in de Mayo Clinic in eerste instantie afgewezen omdat de zorg niet doelmatig is gezien de hoge kosten en het feit dat binnen Europa nog andere mogelijkheden bestaan. Uiteindelijk is besloten een gedeeltelijke vergoeding te verlenen aan de hand van het Nederlandse marktconforme tarief. Hierbij is uitgegaan van het DBC-zorgproduct 119999012 met een bijbehorend tarief (in 2016) van € 1.565,03. Aangezien het gaat om een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, is 75 percent van dit bedrag aan verzoekster vergoed, namelijk € 1.173,77. Omdat geen toestemming is verleend voor de zorg in de Verenigde Staten, heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de reis- en verblijfkosten.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster aangeboden te bemiddelen naar een andere zorginstelling binnen Europa. Verzoekster had reeds een arts in Leuven bezocht die haar niet verder kon helpen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar niet in de gelegenheid gesteld te bemiddelen naar een andere zorginstelling.

In de Mayo Clinic is men niet tot andere inzichten gekomen. Het is de keuze van verzoekster geweest zich tot deze kliniek te wenden. De meerkosten die zij in dat kader heeft gemaakt, blijven daarom voor haar rekening.

5.3. In artikel 11, eerste lid, sub a, Zvw is bepaald dat een zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft en dat een verzekerde krachtens de zorgverzekering recht heeft op de zorg of overige diensten waaraan hij of zij behoefte heeft. Verzoekster en haar behandelend arts zijn van mening dat de second opinion alleen kan worden uitgevoerd bij de Mayo Clinic in verband met de daar aanwezige expertise. De adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat ook in Nederlandse ziekenhuizen mogelijkheden bestaan voor het

uitvoeren van een second opinion, waaronder in Groningen en Maastricht. De zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar betekent niet dat de beste expertise moet zijn ingekocht. Indien de commissie van mening is dat de zorgplicht door de ziektekostenverzekeraar is geschonden, geldt dat voor verzoekster een schadebeperkingsplicht bestaat (vgl. art. 6:74 jo. 6:101 BW). De behandelend arts in Nederland heeft verzoekster, na overleg met de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar, verwezen naar het UZ Leuven. Kennelijk was hij van mening dat dit een goed alternatief vormde. Verzoekster heeft er vervolgens vrijwillig voor gekozen naar de Mayo Clinic te gaan, alvorens de second opinion in het UZ Leuven af te wachten. Verzoekster wist dat hiermee hogere kosten gemoeid waren.

- 5.4. Tijdens de eerste hoorzitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat zijn adviserend geneeskundige contact heeft gehad met de behandelend arts van verzoekster. Tijdens dit gesprek zijn door de adviserend geneeskundige onder andere de ziekenhuizen in Groningen en Maastricht genoemd als mogelijke alternatieven. De behandelend arts meende echter dat dit geen volwaardige alternatieven waren en noemde het ziekenhuis in Leuven als mogelijkheid. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster toestemming gegeven voor een second opinion in dit ziekenhuis. Verzoekster heeft evenwel gekozen voor de Mayo Clinic in de Verenigde Staten. De kosten van de aldaar uitgevoerde onderzoeken blijven daarom voor rekening van verzoekster. Reizen en verblijfskosten vormen overigens geen verzekerde zorg ten laste van de zorgverzekering. Uit de door verzoekster overgelegde literatuur blijkt dat de benodigde expertise ook in Nederland dan wel elders binnen Europa beschikbaar is, zodat verzoekster redelijkerwijs niet naar de Verenigde Staten had hoeven.
- Door het Zorginstituut wordt in zijn advies van 29 maart 2018 een ander DBC-zorgproduct genoemd dan door de ziektekostenverzekeraar is toegepast. Correctie zou echter voor verzoekster leiden tot een lagere vergoeding, zodat hiertoe niet wordt overgegaan.
- 5.5. Bij brief van 30 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op de uitkomst van de second opinion van 10 augustus 2018, opgemerkt dat de betreffende arts concludeert dat Leuven tot de wereldtop behoort. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster eerder gewezen op de mogelijkheid zich tot het ziekenhuis in Leuven te wenden. De arts in Leuven had eerder alleen medicamenteuze adviezen gegeven. De arts die de second opinion heeft verricht, is niet volledig in zijn onderbouwing waarom hij een patiënt naar de Mayo Clinic zou verwijzen. Hij schrijft dat er soms experimentele therapeutische opties zijn die in Europa nog niet beschikbaar zijn. Dit is echter geen onderbouwing van de beslissing een patiënt niet te verwijzen naar Leuven. De ziektekostenverzekeraar blijft bij het standpunt dat de juiste DBC-zorgproductcode is gehanteerd, en dat door hem terecht een vergoeding is verleend op basis van niet-gecontracteerde zorg.
- 5.6. Bij brief van 20 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat partijen ter zitting hebben ingestemd met het laten uitvoeren van een second opinion. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd of de kosten hiervan ten laste van de zorgverzekering mochten worden gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bevestigend geantwoord, en aangegeven hoe het AMC de second opinion kon declareren. Het AMC heeft echter een rechtstreekse factuur aan de gemachtigde van verzoekster gestuurd, met een hoger tarief dan de contractafspraken met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover contact gezocht met het AMC, maar dit heeft niet geleid tot een andere uitkomst. De contactpersoon bij het AMC heeft medegedeeld dat de opdracht van de gemachtigde van verzoekster komt en dat daarom de factuur daarheen is gestuurd. De ziektekostenverzekeraar is bereid de second opinion te vergoeden, volgens het afgesproken betalingsstelsel. Het AMC dient te declareren via Vecozo.
- 5.7. Tijdens de tweede hoorzitting, die plaatsvond op 6 februari 2019, heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de vraag is wanneer de zorgplicht wordt geschonden. Dit is het geval als een verzekerde de zorg niet kan verkrijgen bij een gecontracteerde zorgaanbieder of zelf geen zorg kan vinden. In dat geval heeft de verzekerde recht op zorgbemiddeling. De ziektekostenverzekeraar heeft contact gezocht met het ziekenhuis in Maastricht, waarna een verwijzing is gegeven naar Leuven. Verzoekster heeft zelf ervoor gekozen naar de Mayo Clinic te gaan en niet naar Leuven. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom de zorgplicht niet geschonden. De arts van het Nederlandse

academische ziekenhuis dat de second opinion heeft gegeven, heeft ook opgemerkt dat Leuven behoort tot de wereldtop. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich daarom af wat de meerwaarde is van de Mayo Clinic.

Met betrekking tot de nota van de second opinion is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat deze via Vecozo moet worden gedeclareerd. De arts is hiermee bekend, en hierover is met hem contact geweest. Hij is echter van mening dat hij een hoger tarief in rekening mag brengen en dat hij dit van de gemachtigde van verzoekster kan vorderen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom geen vergoeding verleend voor deze kosten.

5.8. 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 volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.173,77 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. De betreffende passage 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, mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. (...)

### **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 (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.*

*Op [www.menzis.nl/zorgvinder](http://www.menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.*

*In het artikel ‘Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ aan het begin van dit hoofdstuk*



*(Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. (...)*

#### **Verwijzing**

*U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapten. 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 vooraf een verwijzing van een tandarts nodig. Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. (...)*

- 8.4. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op zorg in het buitenland. De betreffende passage 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 Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van 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 Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- *vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

*Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland 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 door een niet gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend.*

#### **Toestemming**

*Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland. (...)*

- 8.5. In de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld wat de hoogte is van de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

*"Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, dan vergoedt Menzis de kosten tot een maximumbedrag. Menzis vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. (...)"*

- 8.6. In de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op zittend ziekenvervoer geregeld. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

#### **"Welke zorg**

*U heeft recht op vergoeding van kosten van het openbaar vervoer in de laagste klasse, of op vergoeding van de kosten van een auto. Bij gebruik van een particuliere auto heeft u recht op een vergoeding van € 0,31 per kilometer. U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel als*

*vervoer per openbaar vervoer of per auto niet mogelijk is. Als begeleiding noodzakelijk is, of als het gaat om de begeleiding van een kind jonger dan 16 jaar, worden de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van de begeleider ook vergoed. In bijzondere gevallen kan Menzis vergoeding van de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van 2 begeleiders toestaan.*

*U heeft recht op vervoer als:*

- *het gaat om vervoer van en naar personen, instellingen en de woningen als bedoeld onder het artikel over vervoer per ambulance, en*
- *u nierdialyses moet ondergaan, of*
- *u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan, of*
- *u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of*
- *u zich door uw beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of*
- *u een langdurige ziekte of aandoening hebt en voor de behandeling hiervan langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet toestaan van vervoer of de vergoeding van de kosten voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. (...)*

*Het recht op vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.*

*Als Menzis u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet. (...)"*

- 8.7. De zorgverzekering is volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.  
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
Zittend ziekenvervoer is geregeld in artikel 2.14 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.37 Rzv.
- 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.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Tussen de Verenigde Staten en Nederland bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering zodat dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Niet in geschil is dat de uitgevoerde onderzoeken een verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is allereerst de vraag naar de hoogte van de vergoeding voor de uitgevoerde onderzoeken. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

**Vergoeding onderzoeken**

- 9.2. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-zorgproductcode 119999012 met als omschrijving: *"GE activiteiten complex | Niet klin/ Klin 1-2 | Spijsvertering slokdarm/maag/duodenum (...) Ingewikkeld onderzoek of behandeling van het maagdarmkanaal met maximaal 2 verpleegdagen bij een ziekte van slokdarm/maag/ twaalfvingerige darm"*. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door middel van onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders ZorgVerzorgd 2015' van de ziektekostenverzekeraar is het bijbehorende tarief € 1.116,16. Hierop is de korting van 25 percent reeds in mindering gebracht. De ziektekostenverzekeraar is bij zijn berekening echter uitgegaan van het tarief van 2016, te weten € 1.173,77. Aangezien dit bedrag hoger is dan de vergoeding die voor het jaar 2015 geldt, zal de commissie in die beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet treden. Gezien het advies van het Zorginstituut van 29 maart 2018 is de DBC-zorgproductcode 119499076 het meest passend voor de onderzoeken zoals deze bij verzoekster zijn uitgevoerd. Het betreft een code met als omschrijving: *"Ov aandoeningen spijsverteringsst | Dag/Poli >4 | Spijsvertering overig (...) Dagbehandeling(en) en/of meer dan 4 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand bij een ziekte van het spijsverteringsstelsel (...)"*. Ook dit is een code uit het B-segment, waarvan het bijbehorende tarief volgens de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders ZorgVerzorgd 2015' € 439,54 bedraagt. Volgens het Zorginstituut is door de ziektekostenverzekeraar ten onrechte uitgegaan van verpleegdagen, terwijl het ging om 'outpatient services'. Hoewel de ziektekostenverzekeraar zich derhalve heeft gebaseerd op een onjuiste DBC-zorgproductcode, staat het hem niet vrij het teveel betaalde van verzoekster terug te vorderen.

**Zorgplicht**

- 9.3. Verzoekster heeft verder gesteld dat voor haar geen alternatieven beschikbaar waren dichterbij de buurt van haar woonplaats. Daarom zou sprake zijn van een schending van de zorgplicht door de ziektekostenverzekeraar, op grond waarvan hij gehouden is de kosten van de behandeling in de Verenigde Staten volledig te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft in dat kader aangevoerd dat de zorgplicht niet is geschonden, aangezien verzoekster werd verwezen naar Leuven, waar zij ook terecht kon. Verzoekster heeft verklaard, en dit is door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden, dat zij via de behandelend arts in Nederland contact heeft gehad met een arts in Leuven, die haar medicatie heeft voorgeschreven. Omdat deze medicatie niet dan wel onvoldoende werkte, is er opnieuw contact geweest met Leuven, waarop haar vanuit dit ziekenhuis is medegedeeld dat men niets meer voor verzoekster kon betekenen. Daarop is door de behandelend arts in Nederland besloten verzoekster te verwijzen naar de Mayo Clinic. Verzoekster heeft hierover contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar, die haar heeft medegedeeld dat zij toch eerst naar Leuven moest gaan. De reden hiervoor is door de ziektekostenverzekeraar niet nader onderbouwd, en lijkt uitsluitend te zijn gebaseerd op kostenoverwegingen. Dit volgt onder meer uit de opmerking van verzoekster - die niet door de ziektekostenverzekeraar is bestreden - dat haar behandelend arts van de ziektekostenverzekeraar de vraag heeft gekregen welke opties er waren naast de Mayo Clinic,

omdat de UZ Leuven in ieder geval geen optie kon zijn nu UZ Leuven bij de eerdere behandeling betrokken is geweest. Op basis van het voorgaande is de commissie van oordeel dat behandeling in Leuven geen reëel alternatief (meer) was en dat de ziektekostenverzekeraar, door hier toch op aan te dringen, is tekortgeschoten in zijn zorgplicht. Dit leidt ertoe dat hij gehouden is verzoekster de werkelijke kosten van de behandeling in de Mayo Clinic te vergoeden.

### **Reis- en verblijfkosten**

- 9.4. Verzoekster behoort niet tot één van de vier categorieën van verzekerden waarvoor zittend ziekenvervoer is aangewezen, als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor zover het gaat om de toetsing aan de zogenoemde hardheidsclausule geldt dat zij aan de ziektekostenverzekeraar weliswaar toestemming heeft gevraagd, maar niet heeft gekregen, voor vervoer over een grotere afstand dan 200 kilometer en met een ander middel van vervoer dan per openbaar vervoer of per auto. Daarom heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de door haar gemaakte reiskosten, ten laste van de zorgverzekering. De zorgverzekering kent geen mogelijkheid voor vergoeding van de kosten van verblijf die noodzakelijk zijn vanwege een behandeling of onderzoek dat wordt uitgevoerd op grote afstand van het woonadres van de verzekerde. De suggestie van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar de helft van de reis- en verblijfkosten vergoedt, wordt om die zelfde reden door de commissie niet overgenomen.

### **Second opinion AMC**

- 9.5. Na de hoorzitting heeft een medisch specialist, werkzaam bij een Nederlands academisch centrum, een second opinion uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten hiervan ten laste kunnen worden gebracht van de zorgverzekering, mits het ziekenhuis declareert via Vecozo. Kennelijk is dit niet gebeurd, en heeft het ziekenhuis een factuur gestuurd aan de gemachtigde van verzoekster, tegen een hoger tarief dan met de ziektekostenverzekeraar was afgesproken. Aangezien het ziekenhuis door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, ligt deze gang van zaken in de risicosfeer van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar dient daarom - nogmaals - contact te zoeken met het betreffende ziekenhuis om een en ander op te lossen. Als dit niet lukt, moet de ziektekostenverzekeraar de volledige kosten van de factuur aan verzoekster vergoeden.

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

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de gemaakte reis- en verblijfkosten, zodat het resterende deel van het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

### **Conclusie**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het vergoeding van de kosten van de Mayo Clinic en de second opinion in het Nederlandse academische centrum betreft. De reis- en verblijfkosten blijven voor rekening van verzoekster.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe voor zover het de vergoeding van de kosten van de Mayo Clinic en van de second opinion in het Nederlands academisch centrum betreft. De reis- en verblijfkosten blijven voor rekening van verzoekster.



10.2. Omdat een deel van de gevorderde kosten wordt toegewezen, moet de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster vergoeden.

Zeist, 20 februari 2019,



G.R.J. de Groot

