

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C te D  
Zaak : Singapore, geneeskundige zorg, Functional Endoscopic Sinus  
Surgery (FESS), ontbreken indicatie  
Zaaknummer : 2011.00097  
Zittingsdatum : 17 augustus 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Kruidvat Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS), te ondergaan in Singapore (verder: de aanspraak). Bij brief van 6 oktober 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 november 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 27 april 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 juni 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 juni 2011 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 juni 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 23 juni 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 7 juli 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011066929) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet is af te leiden dat verzoeker in redelijkheid was aangewezen op een FESS operatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 17 augustus 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Na de zitting is de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld een nadere reactie te geven op de kwestie. Bij brief van 24 augustus 2011 heeft de zorgverzekeraar de commissie zijn standpunt medegedeeld. Een afschrift van deze brief is aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Bij brief van 30 augustus 2011 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 14 september 2011 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. Verzoeker stelt dat hij in 1984 een amandelontsteking heeft gekregen, hetgeen heeft geleid tot slijmvliesproblemen. In 1999 zijn de amandelen op eigen verzoek verwijderd. Daarna was de kaakholtte van verzoeker voortdurend ontstoken. Hierop zijn röntgenfoto's gemaakt, waaruit volgens verzoeker bleek dat door een fout van de tandarts materiaal was achtergebleven in één van de kaakholtten. De verschillende KNO-artsen die verzoeker heeft geraadpleegd – in Nederland, België en Duitsland – zagen echter geen bultje dan wel achtergebleven materiaal. Verzoeker vermoedt dat deze artsen de fout van de tandarts willen maskeren. In Singapore heeft verzoeker een arts gevonden die bereid is een Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS) uit te voeren, teneinde het bultje te verwijderen. Omdat verzoeker erg veel last heeft van het bultje, heeft hij een medische indicatie voor deze operatie.
- 4.2. Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de operatie in 2010 is uitgevoerd. Het bultje leek echter nog aanwezig te zijn. In 2011 is daarop een nieuwe operatie uitgevoerd. Ook nu lijkt de ontsteking echter nog niet weg te zijn. Verzoeker vindt dit vreemd.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat diverse artsen, onafhankelijk van elkaar, tot de eensluidende conclusie zijn gekomen dat verzoeker geen indicatie heeft voor een Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS). Uit de stukken blijkt dat verzoeker gericht heeft

gezocht naar een arts die de ingreep desondanks wil uitvoeren. Waarom de arts in Singapore van mening is dat bij verzoeker een medische indicatie aanwezig is, is niet duidelijk. De zorgverzekeraar is daarom van oordeel dat verzoeker geen indicatie heeft voor de door hem gewenste ingreep.

5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar herhaald dat verzoeker geen indicatie heeft voor een FESS-operatie. Het gegeven dat deze ingreep inmiddels tweemaal zonder resultaat heeft plaatsgevonden, wijst er eveneens op dat deze niet is geïndiceerd.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

## 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 42 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' 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 medisch-specialistische zorg zonder opname.*

*U hebt recht op de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)"*

8.4. Artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' 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 recht op:*

*a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;*

*b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.*

*U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. (...)"*

- 8.5. Artikel 15.4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“Wij vergoeden volgens artikel 15.2 de zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten na onze akkoordverklaring volgens de verzekeringsvoorwaarden nadat we de rekening hebben ontvangen tot maximaal:*

- a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of*
- b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat. Wij gaan dan uit van het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven.”*

- 8.6. Artikel 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*“(…) U hebt recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.”*

- 8.7. De artikelen 2.5, 15.4, 18 en 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.9. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Niet in geschil is dat een Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS) een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker hiervoor een indicatie heeft.
- 9.2. Het dossier bevat zeer summiere informatie van de door verzoeker geraadpleegde arts in Singapore. Uit de overgelegde stukken is niet af te leiden waarom deze arts bij verzoeker een medische indicatie aanwezig acht voor een Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS). Dit is evenwel relevant, aangezien diverse artsen in Nederland, België en Duitsland de ingreep niet noodzakelijk vonden. Verzoeker heeft de stelling dat deze artsen, onafhankelijk van elkaar, tot het ontbreken van een indicatie

hebben geconcludeerd enkel omdat zij een “fout van de tandarts wilden maskeren” niet onderbouwd, zodat de commissie daaraan voorbij gaat.

- 9.3. Het is aan verzoeker stukken aan te leveren aan de hand waarvan aannemelijk wordt dat hij is aangewezen op een Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS) ten laste van de zorgverzekering. Nu hij hierin niet is geslaagd, komt de commissie tot de conclusie dat verzoeker geen indicatie heeft voor de door hem gewenste ingreep.

### **Conclusie**

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

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 september 2011,

Voorzitter