



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De erven van A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ
Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, rekanalisatie linker onderbeen, indicatie,
second opinion

Zaaknummer : 201701861

Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

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

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, 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 verzekering VGZ Ruime Keuze (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 VGZ Rotterdampakket 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 verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico Rotterdam is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Erflater heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een second opinion en rekanalisatie van het linker onderbeen, uitgevoerd te Istanbul, Turkije (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflater medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Erflater heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 7 juni 2017 en 11 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflater 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 23 maart 2018 heeft erflater 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 erflater het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van erflater te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door erflater aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 mei 2018 aan erflater gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Erflater heeft op 14 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 juni 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 3 juli 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018026804) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen voor zover het de second opinion betreft omdat niet is voldaan aan de hiervoor geldende voorwaarden. Voor het overige kan het Zorginstituut geen advies uitbrengen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 juli 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Erflater is op 28 juni 2018 overleden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 19 oktober 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en en nagekomen stuk gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 25 oktober 2018 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat erflater geen indicatie had voor een rekanalisatie van het linker onderbeen. Een afschrift van dit advies is op 26 oktober 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft op 13 februari 2017 over erflater verklaard: *"Verwijzing second opinion en behandeling naar Prof. Dr. (...), Turkije. Vraag: ernstig perifeer vaatlijden beide onderbenen, li> re. st. na diverse vaatoperaties, volgens vaatchirurgen Maasstadziekenhuis en Erasmusziekenhuis geen rekanalisatie mogelijk en voorstel tot amputatie li-onderbeen. Amputatie is voor dhr. onacceptabel. Graag uw deskundige mening en behandeling. Relevante problemen uit journaal: (...) erg veel pijn aan beide benen li> re. Slaapt er niet van. Al langdurig pijn en hierdoor veel stress. Piekert veel, eet slecht, slaapt slecht. Morfine helpt wel, maar niet volledig. Tevens obstipatie en misselijkheid. Vaatchirurg Erasmus: zien geen op[pe]ratieve mogelijkheden tot rekanalisatie, enige optie amputatie li-onderbeen. Dhr. wil dat absoluut niet. Kwaliteit van leven is al matig door alle aandoeningen, en amputatie zou dit nog slechter maken. Heeft al hulp nodig bij alle ADL en wil niet nog meer afhankelijk worden. Vaatchirurg (...) in Turkije wil hem wel opereren met nieuwe techniek. Hierbij zou het been gespaard kunnen worden. Dhr. wil hier graag voor in aanmerking komen. Overige aandoeningen: reumatoïde artritis, ernstig perifeer vaatlijden bdz met diverse operaties en amputaties tenen, COPD, coronairlijden, angineuze klachten, prostaathypertrofie en rec. uwi's, DM II, osteoporotische wervelfractuur thor. wk. (...)"*.
- 4.2. Erflater had reeds geruime tijd gezondheidsproblemen. Deze hebben ertoe geleid dat de behandelend arts in Nederland te kennen heeft gegeven dat zijn linker onderbeen moest worden geamputeerd. Op 7 februari 2017 heeft de zoon van erflater aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd of een second opinion en een behandeling in Turkije konden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij e-mailbericht van 13 februari 2017 geantwoord dat een eerste consult voor een second opinion altijd akkoord is. Hierbij is niet het voorbehoud gemaakt dat een second opinion enkel wordt vergoed indien hiervoor een verwijzing heeft plaatsgevonden door een medisch specialist. Op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering is overigens

ook een verwijzing van de huisarts voldoende, en deze verwijzing is gegeven. Ten aanzien van de behandeling heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat nog een beoordeling diende te volgen aan de hand van het over te leggen behandelplan, het behandelverslag en de verwijzing voor de first opinion, alsmede een kostenraming.

4.3. Op 2 maart 2017 is erflater met spoed naar Turkije gereisd voor een second opinion en behandeling. Bij terugkomst heeft zijn zoon de benodigde stukken naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarop een afwijzing volgde. Als reden werd gegeven dat vooraf toestemming is vereist voor zorg in het buitenland, alsmede dat de behandeling geschikt dient te zijn voor de klachten en de kans van slagen bij deze behandeling het grootst is. De ziektekostenverzekeraar heeft in dat kader verwezen naar de verklaringen van twee artsen in Nederland dat een rekanalisatie niet tot de mogelijkheden behoorde en een amputatie van het linker onderbeen de meest passende oplossing vormde.

4.4. Gelet op artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering is voorafgaande toestemming niet noodzakelijk indien het gaat om acute zorg. Deze zorg wordt omschreven als "zorg die niet redelijkerwijs kan worden uitgesteld". Erflater had aanzienlijke pijnklachten, en kon van het ene op het andere moment terecht in Turkije voor een second opinion. De ziektekostenverzekeraar had dan ook achteraf kunnen bezien of toestemming voor de behandeling kon worden verleend.

4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat de behandeling die erflater in Turkije heeft ondergaan, lijnrecht staat tegenover de afweging van de Nederlandse artsen dat rekanalisatie niet was aangewezen, zodat de behandeling als ondoelmatig is beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee evenwel onvoldoende gemotiveerd waarom hij tot het oordeel is gekomen dat de behandeling niet doelmatig is. De enkele constatering dat de Nederlandse artsen een ander oordeel hebben dan hun Turkse collega, is hiervoor onvoldoende.

4.6. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat het bij erflater hard is aangekomen dat zijn been moest worden geamputeerd. Hij is toen naar een ziekenhuis gegaan in Turkije dat heel goed bekend staat. Erflater is uiteindelijk geopereerd door een vaatchirurg. Door de ziektekostenverzekeraar is gezegd dat het eerste consult sowieso zou worden betaald, en eventuele verdere behandeling moest worden aangevraagd. Omdat de situatie van erflater heel slecht was en hij gelijk opgenomen kon worden, heeft hij dit niet allemaal in werking gezet. Het invullen van het TUR-111-formulier zou bijvoorbeeld al een week in beslag nemen. Er werd verder gevraagd om een verwijzing van de huisarts. Dat kon niet, omdat het allemaal zo snel is gegaan. Het is juist dat er een second opinion is geweest in het Erasmus MC, maar hier is eigenlijk naar het dossier gekeken van het Maasstad Ziekenhuis. Er is geen aanvullend onderzoek gedaan. Bij een situatie als deze, waarbij het been moest worden geamputeerd, ga je naar alle mogelijkheden zoeken, ongeacht de vergoeding.

4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering biedt dekking voor een second opinion éénmaal per kalenderjaar. Als deze wordt uitgevoerd bij een ziekenhuis waarmee de ziektekostenverzekeraar een contract heeft, worden de kosten volledig vergoed. Indien er geen overeenkomst bestaat, kan een gedeeltelijke vergoeding worden verleend. De behandelend arts of huisarts moet een verwijzing geven voor de second opinion. Met het advies van de tweede arts kan worden teruggedaan naar de eerste arts. De eerste arts bepaalt of hij het advies overneemt of niet. Erflater is bij twee Nederlandse specialisten geweest voor een opinion. De afspraak in Turkije vond op initiatief van erflater plaats en betrof een 'third opinion'. Om die reden is vergoeding van de kosten hiervan afgewezen.

5.2. Volgens de voorwaarden van de zorgverzekering had de operatie in Turkije vooraf moeten worden aangevraagd. Dit is echter niet gebeurd. Verder geldt dat vergoeding van de kosten hiervan is afgewezen omdat reeds twee vaatchirurgen in Nederland tot het oordeel waren gekomen dat rekanalisatie niet mogelijk was. Beide specialisten hebben erflater geadviseerd het linker onderbeen te laten amputeren. Daarmee bestaat geen indicatie voor de ingreep in Turkije, en ook is deze niet

doelmatig. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar begrepen dat erflater, na afloop van de rekanalisatie in Turkije, in Nederland alsnog een amputatie heeft ondergaan.

- 5.3. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft over de ingreep bij erflater verklaard: *"Er is in Nederland door twee experts naar het vaatstelsel van de patiënt gekeken en er is geconstateerd dat er sprake was van een eindstadium vaatlijden en de andere methode/benadering niet zinvol was gelet op het vaatbeeld, co-morbiditeit en eerdere ingrepen. Daarnaast is in het verslag te lezen dat de vaten in de onderbenen niet doorgankelijk zijn geworden en dus het advies in Nederland juist was. Het is ook belangrijk niet te lang te wachten met amputatie omdat men dan het risico loopt op een hogere amputatie of ernstige sepsis. Met de ingreep in Turkije is dan misschien iets meer flow gegenereerd, het gaat er ook om dat het bloed in de tenen komt en weer kan terugstromen. Op basis van de aangeleverde informatie uit Nederland maar ook uit Turkije en de deskundigheid van de vaatchirurgen alhier is een zoveelste ingreep aan het vaatstelsel niet doelmatig te noemen en zal het beoogde doel van een amputatie te voorkomen en pijnstilling te geven nu of in de nabije toekomst niet kunnen worden gehaald".*
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat erflater voordat hij naar Turkije vertrok contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De stukken waarnaar wordt verwezen, zoals de vertaling van het operatieverslag en de verklaringen van de artsen in Nederland, de vaatchirurg en de second opinion in het Erasmus MC op 31 januari 2017, zijn allemaal niet overgelegd aan de commissie. Uit het advies van het Zorginstituut volgt dat er relatief weinig informatie is overgelegd. Zij zou graag nog deze stukken in de procedure willen brengen. Hieruit blijkt ook waarom een amputatie werd geadviseerd. Op 2 maart 2017 is erflater naar Istanbul gevlogen voor een second opinion, en hij is op 8 maart 2017 geopereerd. Eerst is een Turks operatieverslag opgestuurd, waarna op 31 maart 2017 een vertaling is opgestuurd. Dit stuk is beoordeeld door een medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, die zelf ook vaatchirurg is. Het was volgens hem niet mogelijk een amputatie te voorkomen, en dit is ook gebleken omdat het been alsnog is geamputeerd.
- 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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 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 artikelen 11 tot en met 39 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:

- (...)

- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling; (...)”

- 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 land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;

- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder. (...)

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website. (...)”

- 8.5. De artikelen 9 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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.

8.7. 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.

8.8. Artikel 25 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op spoedeisende zorg tijdens vakantie en bij tijdelijk verblijf in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de basisverzekering ontvangt.

Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;*
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;*
- (...) de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen. (...)*

Vergoeding

Aanvulling tot een volledige vergoeding van de kostprijs, voor een aaneengesloten verblijf tot maximaal 12 maanden, daarna volledige vergoeding op basis van Nederlandse marktconforme tarieven."

8.9. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt:

"Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Ingevolge artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg, genoten door een Nederlandse verzekerde die tijdelijk in Turkije verblijft, indien zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Aangezien erflater reeds twee artsen in Nederland had bezocht en hij zijn bezoek aan Turkije had gepland in verband met een second opinion en daaropvolgende behandeling, kan niet worden gesproken van een behandeling die "onmiddellijk" noodzakelijk was. Om die reden blijft het verdrag buiten toepassing en dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

Second opinion

9.2. Om van een second opinion te kunnen spreken is noodzakelijk dat het gaat om een tweede mening, en dat met het resultaat wordt teruggegaan naar de eerste arts. Daarna kan worden besloten of de

behandeling bij de eerste arts wordt voortgezet dan wel dat deze wordt overgenomen door de arts die de second opinion heeft uitgevoerd of door een andere zorgverlener. Een en ander is geregeld in artikel 15 van de zorgverzekering. Aan deze voorwaarden is door erflater niet voldaan, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de second opinion, ten laste van de zorgverzekering.

- 9.3. De zoon van erflater heeft evenwel voorafgaand aan de second opinion de ziektekostenverzekeraar op 7 februari 2017 een e-mailbericht gestuurd, luidende, voor zover hier van belang:
- "Mijn vader (...) heeft al jaren gezondheidsproblemen. Een daarvan zijn zijn verstopte bloedvaten aan zijn benen. Hij is al enkele tenen verloren. Zijn psychische welzijn is niet in orde. Hij is heel verdrietig. Er is besloten dat zijn been geamputeerd zal worden. Hij is hier bekend met medische gegevens. Na enige tijd onderzocht te hebben welke mogelijkheden er zijn, [z]ijn we ten conclusie gekomen en zijn van mening dat een second opinion moet komen. Namelijk (...) in [I]stanbul. (...) Hij is de eerst[e] arts die in [T]urkije deze nieuwe techniek toepast om bloedvaatjes te openen. Graag wil mijn vader daar een behandeling en willen we weten wat er vanuit de vergoeding voor ons beteken[d] kan worden. (...)"*

De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij e-mailbericht van 13 februari 2017, voor zover hier van belang, het volgende geantwoord:

"(...) Het eerste consult van een second opinion is altijd akkoord. U kunt hiervan de kosten samen met de verwijzing van de eerste specialist bij ons indienen, deze worden dan vergoed tegen maximaal het in Nederland geldende tarief. Wanneer er uit dit consult een behandeling voortkomt ontvangen wij graag de volgende informatie om te kunnen beoordelen of er recht bestaat op vergoeding:

- Een behandelplan van de specialist in het buitenland
- Verslag en verwijzing van de first opinion
- Kostenraming (...)"


- 9.4. Uit het e-mailbericht van de zoon van erflater had de ziektekostenverzekeraar kunnen opmaken dat erflater reeds in Nederland onder behandeling was. Zonder hiernaar verder onderzoek te doen is geantwoord dat het eerste consult voor een second opinion altijd akkoord is. Ook is niet het voorbehoud gemaakt dat met de resultaten hiervan diende te worden teruggegaan naar de eerste arts. Integendeel, de ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat hij nog aanvullende gegevens nodig heeft indien uit de second opinion een behandeling, kennelijk bij de Turkse arts, voortvloeit. Gelet hierop is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster een vergoeding te verlenen voor de second opinion tot maximaal het in Nederland hiervoor geldende tarief.
- De omstandigheid dat de facto sprake is van een 'third opinion' kan - mede gelet op het advies van het Zorginstituut - niet leiden tot een andere uitkomst.

Rekanalisatie linker onderbeen

- 9.5. Uit het dossier volgt dat twee Nederlandse medisch specialisten van mening waren dat de beste behandeling voor erflater bestond uit amputatie van het linker onderbeen. Het dossier bevat geen informatie van de Turkse arts, zodat niet kan worden beoordeeld waarom hij meende dat wel een indicatie voor een rekanalisatie aanwezig was. Dit alles, gevoegd bij het gegeven dat het onderbeen van erflater uiteindelijk alsnog moest worden geamputeerd, maakt aannemelijk dat bij erflater geen (verzekerings)indicatie aanwezig was voor rekanalisatie. Hij heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de zorgverzekering. De kwestie van de al dan niet benodigde onderscheidenlijk ontbrekende voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar behoeft om die reden geen bespreking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor spoedeisende zorg in het buitenland tijdens vakantie en bij tijdelijk verblijf in het buitenland. Het begrip "spoedeisend" is gedefinieerd als zorg die onvoorzien is en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.




Vast staat dat erflater naar Turkije is gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve kan niet worden gesproken van zorg die niet was voorzien, zodat geen aanspraak bestaat op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.



Conclusie




9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat het eerste consult voor een second opinion moet worden vergoed. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.




9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies




10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met dien verstande dat het eerste consult voor een second opinion moet worden vergoed. Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 28 november 2018,



G.R.J. de Groot

