

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B , tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, endarteriëctomie, doelmatigheid
Zaaknummer : 2008.02502
Zittingsdatum : 21 oktober 2009

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C, en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 27 augustus 2008 de kosten verbonden aan een endarteriëctomie, uitgevoerd te Turnhout (België) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IdeaalPakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de hiervoor onder 2 vermelde kosten, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 6 oktober 2008 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft een klacht ingediend bij de SKGZ, waarna de SKGZ aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging heeft gevraagd. Bij brief van 9 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 30 juni 2009 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).

- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 13 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 augustus 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 14 augustus 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29088940) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor een operatie aan de linker arteria carotis. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 oktober 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 10 november 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 12 november 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat op 21 december 2007 bij haar een “urgente percutane dilatatie en stenting van de rechter arteria renalis omwille van acute nierinsufficiëntie met ernstige arteriële hypertensie” is uitgevoerd in een ziekenhuis in Breda. Daarbij zijn ernstige fouten gemaakt. Daarna is verzoekster door de huisarts naar het ziekenhuis in Turnhout doorverwezen. De behandelend arts in Turnhout heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “Hooggradige carotisstenose linkszijdig”. Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op “carotidendarterectomie aan de linkerzijde”.
- 4.2. Voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt dat geen contract is gesloten met het ziekenhuis in Turnhout, stelt verzoekster dat haar dit nooit is medegedeeld.
- 4.3. Ter zitting is het volgende aangevoerd. De ziektekostenverzekeraar zet verzekerden op het verkeerde been. Eerst werd vergoeding van de kosten geweigerd op grond

van de leeftijd. Later was de weigeringsgrond dat de zorgaanbieder niet was gecontracteerd. De gehanteerde weigeringsgrond van een ontbrekende toestemming is thans vervallen. De laatstgenoemde weigeringsgrond is kennelijk het ontbreken van concrete klachten. Uit informatie van het internet valt evenwel op te maken dat ook zonder klachten een operatie-indicatie aanwezig kan zijn, hetgeen ook de behandelend arts van verzoekster heeft beaamd.

4.4. 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de verwijdingsoperatie van de rechterhalsslagader in februari 2008 kennelijk is uitgevoerd in het verloop van de nierarterie. Deze ingreep is destijds niet vergoed. Het ziekenhuis in Turnhout is niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Het ligt op de weg van verzoekster hiernaar navraag te doen wanneer zij een operatie in het buitenland wenst te ondergaan. Overigens is het wel of niet gecontracteerd zijn volgens de ziektekostenverzekeraar in dit kader niet relevant, omdat deze discussie vooral betrekking heeft op de hoogte van de vergoeding als sprake is van verzekerde zorg. Een endarteriëctomie van de arteria carotis interna is een ingreep met veel risico's en is alleen doelmatig bij patiënten met enerzijds een ernstige stenose, en anderzijds met symptomen van cerebrale ischemie. Vanwege het hoge risico op ernstige complicaties zou de ingreep alleen aangeboden moeten worden met een levensverwachting van ten minste vijf jaar. Bij verzoekster was sprake van een "zeer hooggradige stenose in de rechter arteria carotis interna en matige tot hooggradige stenose ter hoogte van de linker arteria carotis interna". Voorts wordt in de aanvraag melding gemaakt van "rechts 90% en links eveneens een belangrijke stenose", maar "geen neurovasculaire uitvalsverschijnselen" of "een asymptomatische stenose". De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar concludeert dat de eerste ingreep aan de rechterhalsslagader al discutabel is volgens de Nederlandse en Belgische indicatiecriteria. De ingreep aan de carotisstenose aan de linkerzijde was niet noodzakelijk.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ-advies bevestigt dat zijn handelwijze correct is geweest. Verzoekster had geen indicatie voor de gewenste behandeling aan zowel de linker- als de rechterzijde.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten verbonden aan een carotisendarteriëctomie aan de linkerkzijde te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 39 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. 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, als volgt:

"De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. (...)"

Bij zorg in een niet-gecontracteerde zorginstelling of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de [zorgverzekering] vermeld staat. (...)"

Artikel 11 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer aanspraak bestaat op zorg in het buitenland. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend."

In artikel 2 lid 4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Artikel 2 lid 5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt dat de verzekerde slechts recht heeft op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 7.3. De artikelen 20, 11 en 2 leden 4 en 5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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 13 Zvw bepaalt dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

In artikel 2.1 Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Voorts bepaalt genoemd artikel in lid 3 dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In het advies van het CVZ van 18 september 2009 wordt opgemerkt dat er reden kan bestaan een vernauwing van de arteria carotis te opereren, namelijk indien de vernauwing wordt gevonden als oorzaak van een opgetreden beroerte, een transiënt ischaemisch attack of voorbijgaande blindheid. Zolang een carotisvernauwing geen gevolgen heeft voor de hersenfunctie of voor het gezichtsvermogen, bestaat geen redelijke indicatie om in te grijpen. Derhalve kon de ziektekostenverzekeraar met recht tot de conclusie komen dat voor de aangevraagde operatie aan haar linkerschouder bij verzoekster geen medische indicatie was. Daarbij is in ogenschouw genomen het medisch verslag van de behandelende artsen van de operatie aan de arteria carotis en dit in verbinding met de bestaande medische opvattingen, zoals aanvaard binnen de betrokken representatieve beroepsgroep in Nederland, zoals met name neergelegd in de eigen (concept-)richtlijn "beroerte" van 2008. De commissie verenigt zich met de conclusie uit het advies van het CVZ, neemt deze over en maakt deze daarmee tot de hare.
- 7.7. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar aan haar had moeten mededelen welke zorgaanbieders door hem waren gecontracteerd, moet als onjuist worden verworpen. Het ligt op de weg van de verzekerde, wanneer deze een arts in het buitenland bezoekt, dienaangaande navraag te doen bij zijn ziektekostenverzekeraar. Indien dit wordt nagelaten kan dat de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 november 2009,

Voorzitter