



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen ASR Basis
Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende
Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort

Zaak : Zuid Afrika, geneeskundige zorg, carotisoperatie, indicatie

Zaaknummer : 201401087

Zittingsdatum : 20 april 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorgverzekering Flexibel (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Uitgebreid en Comfort Module afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een carotisoperatie, ondergaan te Johannesburg, Zuid-Afrika (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 juli 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 30 januari 2015 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 maart 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 20 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 22 februari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015035594) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat verzoeker een indicatie had voor de uitgevoerde carotis stentplaatsing. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 april 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend chirurg heeft ten aanzien van verzoeker verklaard: *"In the first instance, a diagnosis of a 50% stenosis was made on the basis of an ultrasound performed at Plettenberg Bay, a small seaside town with no expertise in vascular ultrasound, and certainly no dedicated vascular non-invasive laboratory. The patient was a diabetic, with an elevated cholesterol, a positive family history of atheroma and known thyroid disease. He had previously suffered a stroke in the right occipital region and then presented with a further small infarct in the left parietal region associated with significant disease on ultrasound of his left carotid appropriate to the recent infarct. At the time of his recent stroke the patient had been on a combination of Ecotrin, Clopidogrel and his usual anti-diabetic and antihypertensive medication. As you will see from my enclosed report, prior to the recent event the patient had omitted to take the Warfarin prescribed for him for his chronic atrial fibrillation. Nevertheless, Duplex Doppler in our laboratory demonstrated an ulcerated irregular 60 to 70% stenotic plaque with clear features on ultrasound of ulceration and plaque instability. At operation an ulcerated lesion of 65 to 70% stenosis was confirmed angiographically and dealt with by stenting utilizing an embolic protection device. His post-operative course was relatively uneventful. (...) While there may be an element of doubt, given the patient's chronic atrial fibrillation and failure to take anticoagulants, in the presence of a high-grade 60 to 70% ulcerated lesion associated with a cerebral infarct in the appropriate distribution, the decision to proceed to carotid stenting must be regarded as medically justified and correct. (...)".*
- 4.2. Tijdens een vakantie in Zuid-Afrika kreeg verzoeker op 5 december 2012 een herseninfarct. Hij kon hierdoor niet meer spreken en was in de war. Met een ambulance is hij vervoerd naar het plaatselijke ziekenhuis. Omdat aldaar geen röntgenapparaat aanwezig was, is verzoeker per ambulance vervoerd naar een ander - een halve dag rijden verwijderd gelegen - ziekenhuis. Na zes dagen te zijn verbleven in het betreffende ziekenhuis, mocht verzoeker weer terug naar het vakantieverblijf. Hij moest wel contact opnemen met een medisch specialist in Johannesburg.
- 4.3. Deze medisch specialist zag verzoeker op 7 januari 2013. Op 10 januari 2013 volgde een nader onderzoek van onder andere zijn hart. De medisch specialist constateerde een vernauwing van de halsslagader van 60 tot 70 percent en besloot verzoeker op 14 januari 2013 te opereren. Verzoeker werd afgeraden de vliegreis terug naar Nederland te maken. De operatie verliep voorspoedig, en na een week mocht verzoeker terugkeren naar het vakantieadres.
- 4.4. Via SOS International heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen. Het eerste verblijf in het ziekenhuis is gedeeltelijk door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Voor het verblijf en de operatie in Johannesburg heeft verzoeker een voorschot betaald van 130.000,-- SA. Dit is ongeveer € 11.500,--. Van dit bedrag heeft verzoeker later 2.333,-- SA

retour ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft voor deze kosten geen vergoeding verleend, omdat verzoeker zou hebben kunnen terugkeren naar Nederland. Dit werd hem echter afgeraden door de behandelend medisch specialist. Verder werd gezegd dat deze ingreep in Nederland anders zou zijn uitgevoerd. De behandelend arts is echter kundig, en was van oordeel dat de ingreep medisch noodzakelijk was.

4.5. Ter zitting is door verzoeker medegedeeld dat hij akkoord is met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar de kosten alsnog te vergoeden. Hij heeft echter nog meer kosten gehad, die niet zijn gedeclareerd. Van de wel gedeclareerde kosten van circa € 11.000,- krijgt hij nu ongeveer € 9.000,- terug, zodat nog een groot bedrag voor zijn rekening blijft.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Na een herseninfarct werd verzoeker met spoed opgenomen. Deze opname is vergoed, en hierover bestaat geen discussie. Op 19 december 2012 heeft verzoeker een verzoek gedaan aan SOS International voor verdere behandeling. Hij heeft hierbij verzocht om een garantieverklaring. Door SOS International is contact opgenomen met de behandelend arts in het ziekenhuis waar verzoeker opgenomen is geweest. Deze deelde mede dat een CT-scan was gemaakt van de hersenen en een 'bilaterale carotis duplex doppler', waarbij rechts geen significante stenose aanwezig bleek te zijn, en links een stenose aanwezig was van minder dan 50%. De dominante linker vertebrale arterie liet een normale antegrade flow zien. In de ontslagbrief van de behandelend arts staat dat verdere behandeling noodzakelijk is, bestaande uit medicatie, fysiotherapie en spraaktherapie. Daarnaast heeft de arts verwezen naar de medisch specialist in Johannesburg, die een carotisoperatie zou uitvoeren.


5.2. De carotisoperatie betrof geen spoedeisende zorg. De ingreep voldeed niet aan de richtlijn van de American Heart Association over stentplaatsing in de halsslagaders. Uit deze richtlijn volgt dat bij patiënten die in de afgelopen zes maanden een herseninfarct, TIA of retinale ischemie hebben doorgemaakt en een carotisstenose van meer dan 70% hebben, een carotis endarteriectomie dient te worden overwogen. Deze ingreep kan ook worden overwogen bij mannen die in de afgelopen twaalf weken een herseninfarct of TIA hebben gehad en die een stenose van 50-70% hebben. Na twaalf weken is een operatie zinloos. Verzoeker heeft eerder een herseninfarct doorgemaakt, maar dit was langer dan twaalf weken vóór het onderhavige infarct. Het verschil tussen de eerste duplex uitslag van minder dan 50% en de tweede van 60-70% binnen een tijdsbestek van een maand is opvallend. De tweede uitslag geeft de beschrijving irregulair weer, dit betekent dat het op sommige plaatsen 60% is en op andere plaatsen 70%. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat het gemiddelde rond de 60% ligt, hetgeen minder is dan 70%. Dit is de grens waarop internationaal wordt beoordeeld of stentplaatsing noodzakelijk is. Een stentplaatsing bij de indicatie van verzoeker is experimenteel en vormt onder de zorgverzekering geen verzekerde zorg.


5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat het advies van het Zorginstituut zal worden opgevolgd. Er zal een vergoeding worden verleend ten laste van de zorgverzekering van € 6.297,55 op basis van DBC-zorgproductcode 099699095. Eventuele andere nota's kan verzoeker nog indienen, en deze zullen nog dezelfde week worden beoordeeld. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking tot maximaal twee keer het Nederlandse tarief. De verjaringstermijn zal verzoeker niet worden tegengeworpen.

6. De bevoegdheid van de commissie


6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering en 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. Beoordeling van het geschil


 **Ten aanzien van de zorgverzekering**

 8.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar het advies van het Zorginstituut zal opvolgen. Er zal een vergoeding worden verleend ten laste van de zorgverzekering van € 6.297,55 op basis van DBC-zorgproductcode 099699095. Eventuele andere nota's kan verzoeker nog indienen, en deze zullen nog dezelfde week worden beoordeeld. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking tot maximaal twee keer het Nederlandse tarief. De verjaringstermijn zal verzoeker niet worden tegengeworpen. Verzoeker heeft ter zitting verklaard dat hiermee het geschil is opgelost.

 8.2. Aangezien het geschil lopende de procedure is opgelost, is de ziektekostenverzekeraar gehouden het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

 9. Het bindend advies

 9.1. De commissie stelt hetgeen onder 8.1 is overwogen vast.

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

 Zeist, 11 mei 2016,






 P.J.J. Vonk