

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Verenigde Staten, geneeskundige zorg, second opinion bij geme-
tastaseerd medullair schildkliercarcinoom
Zaaknummer : 2009.00044
Zittingsdatum : 21 oktober 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 7 november 2008 de kosten van een second opinion, uitgevoerd te Boston (Verenigde Staten) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam concern] Zorgverzekering (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). Voorts was ten behoeve van verzoekster bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam concern] Aanvullend afgesloten, welke geen dekking biedt voor het gevraagde, en daarom in het vervolg buiten beschouwing blijft.
- 3.2. Verzoekster kampt sinds enige jaren met een gemetastaseerd medullair schildklier-carcinoom met metastasen en tumorlokalisaties in longen, lever, axilla en skelet. Daarvoor is zij onder behandeling in een ziekenhuis in Nederland. Verzoekster is voor een onderzoek naar Boston geweest. Zij heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 november 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 december 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 11 mei 2009 heeft verzoekster 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 ver-

zoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 3 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Daarin heeft de zorgverzekeraar aangeboden bij wijze van uitzondering het Nederlands tarief te vergoeden voor de verleende zorg in Boston, te weten een bedrag van € 1.088,35. Een afschrift hiervan is op 4 augustus 2009 aan verzoekster gezonden, waarbij haar is gevraagd of de kwestie hiermee is opgelost. Bij brief van 11 augustus 2009 heeft verzoekster medegedeeld dat dit niet het geval is.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 13 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 8 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29088486) 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 redelijkerwijs niet is aangewezen op een hogere vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 21 oktober 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 23 oktober 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 30 oktober 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 zij zich vanwege haar aandoening reeds enige tijd niet goed voelde. In Nederland kon men niet veel voor haar doen. Verzoekster is daarom voor een onderzoek naar Boston gegaan, waar familie van haar woont. Een maand voor vertrek heeft verzoekster gebeld naar de zorgverzekeraar met de vraag wat de voorwaarden zijn voor de vergoeding van medische kosten in het buitenland. Daarbij is haar gezegd dat zij een brief moest schrijven waarin zij haar verzoek uiteen zette. Verzoekster heeft hierop een brief geschreven. Zij heeft meerdere malen telefonisch met de zorgverzekeraar gesproken om te vragen of haar brief was aangekomen. Daarop kreeg verzoekster te horen dat het drie weken duurt voordat een brief in behandeling genomen wordt. Kort voor haar vertrek heeft verzoekster nogmaals gebeld, waarbij een medewerker van de zorgverzekeraar haar mededeelde dat zij het beste naar Boston kon gaan en na afloop alle stukken kon insturen. Daarna zou de zorgverzekeraar alles bekijken.

Verzoekster is hierna naar Boston gegaan. Aldaar heeft een medewerker van het ziekenhuis de zorgverzekeraar gebeld met de vraag of de behandeling wordt vergoed. Omdat het onderzoek daarna is uitgevoerd, en in de Verenigde Staten alleen behandelingen worden uitgevoerd wanneer het ziekenhuis er zeker van is dat vergoeding zal plaatsvinden, ging verzoekster ervan uit dat één en ander in orde was.

- 4.2. Toen verzoekster thuis kwam, lagen er twee brieven van de zorgverzekeraar. De eerste dateerde van 3 november 2008 en bevatte de vraag naar enige extra informatie. De tweede brief dateerde van 7 november 2008 en bevatte de mededeling dat de aanvraag is afgewezen omdat geen voorafgaande toestemming is verleend en geen medische noodzaak bestaat voor de behandeling. Verzoekster is van mening dat de zorgverzekeraar haar onjuist heeft geïnformeerd, en na de brief van 3 november 2008 niet lang genoeg heeft gewacht totdat verzoekster de gevraagde informatie aanleverde.
- 4.3. Verzoekster stelt voorts dat de Nederlandse artsen de scans van de Amerikaanse artsen hebben gebruikt om de groei van de tumoren te bepalen. Voorts zijn in Boston tumoren ontdekt waarvan de Nederlandse artsen niet wisten dat deze bestonden. Dit kwam onder andere doordat de Nederlandse artsen weigerden regelmatig scans te maken, omdat dit te duur was voor het ziekenhuis.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in Boston slechts een second opinion wilde. Aldaar is een hersentumor ontdekt. Het onderzoek was dus zeker zinvol. Door de zorgverzekeraar is van tevoren niet medegedeeld dat geen vergoeding zou plaatsvinden.
- 4.5. Verzoekster 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoekster zich met een medisch dossier heeft laten onderzoeken in Boston. Er is echter geen verwijzing voor verder medisch onderzoek van de behandelend specialisten in Nederland aanwezig. Verzoekster geeft aan dat de specialisten in Boston spraken van een noodsituatie, door de daar gebleken forse groei van de tumoren en de ontdekking van nieuwe tumoren. Het is echter onduidelijk waarom extra onderzoek of een second opinion niet in Nederland of de ons omringende landen kon plaatsvinden. De in Boston uitgevoerde consulten hadden overigens geen spoedeisend karakter, maar betroffen voorziene zorg. De zorgverzekeraar is niet in de gelegenheid gesteld om op basis van een medische beoordeling te bemiddelen bij een second opinion. Hiermee had onnodig kostbare zorg kunnen worden voorkomen.
- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een verwijzing in de situatie van verzoekster ontbreekt. Toegekend is de vergoeding voor een second opinion. Die is helaas laag. Er is geen verdergaande toezegging gedaan.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van het door verzoekster ondergane onderzoek in Boston te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in artikel 12 van de zorgverzekering. Artikel 12.5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg door een medisch-specialist in een ziekenhuis, ZBC of huispraktijk. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Deze zorg kan in rekening worden gebracht door middel van het DBC-tarief als de zorg wordt verleend:

- *door of vanwege een ziekenhuis;*
- *in een ZBC;*
- *in de huispraktijk van een medisch specialist.*

Als een ziekenhuis of ZBC niet declareert door middel van het DBC-tarief, maar door middel van andere van toepassing zijnde wettelijke tarieven heeft u recht op vergoeding van kosten voor:

- *medisch-specialistische zorg;*
- *verpleging;*
- *bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

Voorwaarde

Vergoeding vindt plaats na verwijzing door huisarts, bedrijfsarts, arts verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), jeugdgezondheidszorg-arts, tandarts, verloskundige of andere medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. (...)

Artikel 12.12 regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg door een zorgverlener of zorginstelling buiten Nederland zoals gesteld in artikel 8.4 van deze polisvoorwaarden. De vergoeding van medische kosten in het buitenland bedraagt ten hoogste het bedrag, dat volgens de dekking van deze zorgverzekering zou zijn vergoed conform artikel 8.4 van deze polisvoorwaarden als de zorg in Nederland zou zijn verleend. De in de polis vermelde maximale vergoedingen, eigen bijdragen, verplicht en/of vrijwillig eigen risico zijn van toepassing.

(...)

In geval van voorziene medische zorg in het buitenland die gepaard gaat met opname in een zorginstelling, is voorafgaande schriftelijke toestemming van [de zorgverzekeraar] noodzakelijk. (...)

Als u woont en/of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU/EER-lidstaat of verdragsland is, heeft u recht op vergoeding van kosten voor zorg in uw woonland tot ten hoogste het bedrag, dat volgens de dekking van deze zorgverzekering zou zijn vergoed conform artikel 8.4 van deze polisvoorwaarden als de zorg in Nederland zou zijn verleend.”

- 7.3. De artikelen 12.5 en 12.12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Door de zorgverzekeraar is gesteld, en door verzoekster is niet althans onvoldoende bestreden, dat geen verwijzing heeft plaatsgevonden door een medisch specialist in Nederland voor het onderzoek dat is uitgevoerd te Boston. Blijkens de polisvoorwaarden is een dergelijke verwijzing noodzakelijk om voor vergoeding van voorziene medisch-specialistische zorg in aanmerking te komen. De stelling van verzoekster dat sprake is van een spoedeisend karakter valt, nog daargelaten dat deze niet verder medisch is onderbouwd, ook niet te rijmen met het feit dat zij het onderzoek blijkbaar een maand van tevoren heeft gepland, en naar aanleiding van de aldaar gestelde diagnose niet direct de (onderzoeks)behandeling heeft ondergaan.
Het vereiste in de polisvoorwaarden dat verwijzing van een medisch-specialist noodzakelijk is om voor vergoeding van voorziene zorg in aanmerking te komen acht de commissie niet onredelijk bezwarend.
Wat betreft het gestelde omtrent een telefonische toezegging voorafgaande aan het vertrek naar Boston merkt de commissie het volgende op. Uit de eigen verklaring van verzoekster hieromtrent in de stukken valt naar het oordeel van de commissie niet op te maken dat tijdens het gestelde telefonisch contact, waarvan blijkbaar geen registratie bij de ziektekostenverzekeraar aanwezig is, geheel ongeclausuleerd en zonder enig voorbehoud van nader onderzoek van nog te verschaffen gegevens, een toezegging is gedaan die zou moeten leiden tot vergoeding.

Conclusie

- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 november 2009,

Voorzitter