

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van F
vertegenwoordigd door G te H tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, onderbeenverlenging
Zaaknummer : 2010.00357
Zittingsdatum : 11 mei 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P. Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11, 13 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van F hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door G te H

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 1 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een onderbeenverlenging, uit te voeren in Leuven (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 18 oktober 2010 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).
- 3.5. 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 januari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 januari 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 14 januari 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 13 april 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011005237) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat de gevraagde behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat verzekerde hiervoor een indicatie heeft. Het CVZ kan niet treden in de beoordeling van de doelmatigheid. Een afschrift van het CVZ-advies is op 20 april 2011 aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend arts heeft bij verzekerde een “beiderzijdse fibula aplasie” geconstateerd.
- 4.2. Verzoekster stelt dat de artsen in Nederland een Syme-amputatie hebben voorgesteld. Omdat verzoekster en haar echtgenoot zich in deze oplossing niet konden vinden, is gezocht naar een alternatief. Dit hebben zij gevonden bij een arts in Leuven, die een onderbeenverlenging heeft voorgesteld. De betreffende arts is deskundig op het gebied van onderbeenverlenging. Bovendien is de voorgestelde behandeling volgens hem doelmatig en reëel. Een amputatie is dermate ingrijpend en onherstelbaar, dat eerst alle alternatieven moeten zijn onderzocht. De operatie is inmiddels uitgevoerd.
- 4.3. 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 dat verzekerde niet redelijkerwijs is aangewezen op een onderbeenverlenging, zodat de ingreep gelet op artikel B5 van de voorwaarden van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komt. Volgens de artsen in Nederland is een Syme-amputatie de eerst aangewezen oplossing. Een amputatie vóór het tweede levensjaar is voor het kind het minst belastend en geeft het snelste en beste resultaat.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenver-

zekering, 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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,*
- behandeling,*
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- second opinion. (...)”*

Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten en verzekeringsvoorwaarden.

U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder.

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. (...)”

In artikel B5 van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op zorg.

- 8.3. De artikelen B5, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit

zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. 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 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 gebruikmaakt van een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. Artikel 14 Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beoordeeld.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat een onderbeenverlenging een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Mede gelet op het CVZ-advies van 13 april 2011 heeft verzekerde hiervoor een indicatie. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of deze ingreep bij verzekerde doelmatig is.
- 9.2. Gelet op de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw is de doelmatigheidstoets voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar, zodat de commissie slechts een marginale toetsing toekomt.
- 9.3. Beoordeeld dient derhalve te worden of de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid heeft kunnen komen tot een afwijzing van de door verzoekster ten behoeve van verzekerde gewenste ingreep. Aangezien een Syme-amputatie verregaande consequenties heeft voor verzekerde, met de onderbeenverlenging de voet kan worden behouden – hetgeen de nadrukkelijke en begrijpelijke wens van verzoekster is – en de behandelend arts nadrukkelijk heeft verklaard de ingreep doelmatig en reëel te vinden, heeft de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid niet tot de conclusie kunnen komen dat de onderbeenverlenging niet doelmatig is.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de door verzoekster ten behoeve van verzekerde gewenste ingreep, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 11 mei 2011,

Voorzitter