



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Zwitserland, geneeskundige zorg, opname Nederlands Astma Centrum
Davos, indicatie
Zaaknummer : 201400024
Zittingsdatum : 17 september 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.


2. De verzekeringssituatie


- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Basic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 opname in het Nederlands Astma Centrum Davos (hierna: NAD) te Davos Dorf, Zwitserland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 mei 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 11 juli 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 1 mei 2014 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 2 juli 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 juli 2014 aan verzoeker gezonden.


- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 juli 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 september 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 8 juli 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 31 juli 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014088631) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor een verblijf in het NAD. 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 17 september 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na de hoorzitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld nadere informatie aan te leveren. Bij brieven van 24 en 29 september en 8 oktober 2014 heeft verzoeker de gevraagde informatie aangeleverd. Afschriften van deze brieven zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 24 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar een reactie gegeven. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Bij brief van 6 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 december 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend longarts heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *“Deze patiënt uit onze praktijk is al jaren bekend met ernstig asthma waarvoor hij frequent wordt gezien en behandeld door longarts (...). De geëigende medicatie helpt nu niet goed meer. Hij heeft toenemend last van kortademigheid met veel hoesten, slijm opgeven, piepen en vermoeidheid. In 2005 en 2007 heeft hij veel baat gehad bij een opname in het specialistisch asthmacentrum in Davos. Dit werd toen steeds vergoed uit de basisverzekering. Patiënt kreeg nu een brief dat dit niet meer wordt vergoed. Het is ons niet duidelijk waarom dit niet meer wordt vergoed. Ik ben er van overtuigd dat, gezien de goede resultaten van een dergelijke opname in het verleden, patiënt veel baat zal hebben bij een opname aldaar. (...)”*
- 4.2. Bij het intakegesprek voor de opname in het NAD heeft verzoeker een vragenlijst ingevuld, waarbij alle vragen met 'ja' zijn beantwoord. De medewerker die het intakegesprek hield, deelde hem mede dat hij voldoet aan de voorwaarden voor opname.
- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou verzoeker daarentegen niet voldoen aan de voorwaarden voor opname, omdat hij een kat in huis heeft, er bij hem wordt gerookt en hij geen hoge dosering corticosteroïden zou gebruiken. Ook zou geen sprake zijn van exacerbaties en zou verzoeker een normale longfunctie hebben. De kat leeft echter in een schuur die is gescheiden van de woon- en slaapruijnte van verzoeker. In diezelfde ruimte wordt heel af en toe gerookt. Verzoeker gebruikt drie verschillende soorten corticosteroïden, onder andere ingeval van exacerbaties. Hij beschikt niet over een normale longfunctie, maar meting is bij hem onmogelijk vanwege een ongecontroleerde en slechte blaastechniek.


 4.4. Tijdens zijn vorige opname in het NAD, die zes weken heeft geduurd, is verzoeker snel hersteld van zijn astma bronchiale en allergie. Met een hernieuwde opname zal daarom voldoende netto gezondheidswinst kunnen worden behaald.


 4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar voorbij gaat aan zijn klachten, die zijn vermeld in het verslag van de intake. Bovendien wordt een deel van de informatie wel meegenomen in de beoordeling, en een ander deel niet. Bepaalde persoonlijke aspecten, zoals het hebben van een kat (die overigens in de schuur leeft) en het incidenteel roken in huis (ongeveer één keer per jaar en dan nog in de schuur) worden meegewogen. Dit is in strijd met de Universele verklaring van de rechten van de mens. Verzoeker wil geen inmenging in zijn persoonlijke aangelegenheden. Hij benadrukt dat hij niet allergisch is voor katten, honden of paarden. De behandelend longarts heeft de checklist op alle punten met "ja" beantwoord. Het Zorginstituut verwijst naar artikel 15 van de zorgverzekering. Dit artikel heeft echter betrekking op revalidatiezorg, terwijl in het NAD ziekenhuiszorg wordt verleend. Verzoeker gebruikt nu corticosteroïden. Als sprake is van een excès, gebruikt hij meer.


 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar


 5.1. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het volledige dossier van verzoeker beoordeeld op basis van zijn individuele medische toestand. Als uitgangspunt voor de beoordeling zijn de criteria genomen die zijn vermeld in de recente richtlijn "Ernstige astma" van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT). De criteria van deze richtlijn worden samengevat in de checklist die door verzoeker tijdens het intakegesprek is ingevuld. De betreffende vragen zijn echter niet correct beantwoord, waardoor ook de medische informatie niet volledig is.

 5.2. De medisch adviseur deelt mede dat het in de situatie van verzoeker buitengewoon onwaarschijnlijk is dat door een opname in het NAD langdurige of blijvende gezondheidswinst wordt gerealiseerd. De reden is dat de thuissituatie nog onvoldoende is gesaneerd. Verzoeker heeft een kat en er wordt in huis soms nog gerookt. Daarnaast is geen sprake van inname van hoge doses corticosteroïden en bestaat bij verzoeker een goede longfunctie. Ook is geen behandelplan opgesteld en zijn geen behandeldoelen geformuleerd, hetgeen essentieel is voor de beoordeling. Tot slot wordt in de stukken gesproken over een korte opname, waarvoor geen indicatie aanwezig is en geen vergoeding mogelijk is.

 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde opname in het NAD. Het hebben van een kat is een onderdeel van de punten, maar niet de enige reden van afwijzing. Er is nog onvoldoende gesaneerd, zoals ook wordt bevestigd door het Zorginstituut.

 5.4. 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 8 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

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

“Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;

- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is. (...)

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. (...)

8.4. Artikel 1.2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. (...)”

8.5. De artikelen 1.2 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Verblijf is geregeld in artikel 2.10 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.

- 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft gemotiveerd gesteld dat hij is aangewezen op behandeling in het NAD. Hij heeft deze stelling onderbouwd met een verklaring van zijn behandelend longarts. De ziektekostenverzekeraar baseert zijn afwijzing op het ontbreken van een medische indicatie, en komt tot de conclusie dat een (hernieuwde) opname in het NAD niet is geïndiceerd.
- 9.2. Volgens een standpuntbepaling van het Zorginstituut (destijds: College voor zorgverzekeringen) van 25 februari 2008 ontbreekt een concreet handvat om de indicatie voor opname vast te stellen volgens objectieveerbare maten en getallen, zodat meer algemene regels van toepassing zijn. Indien na afweging van de medisch te behalen resultaten tegen de eventuele medische risico's of schadelijke gevolgen kan worden geconcludeerd dat voldoende gezondheidswinst te behalen valt, is een indicatie aanwezig.
- 9.3. Het Zorginstituut heeft de indicatie van verzoeker voor een verblijf in het NAD beoordeeld, en heeft de commissie op 31 juli 2014 zijn conclusie medegedeeld dat een zodanige indicatie ontbreekt en geadviseerd het verzoek af te wijzen. Het Zorginstituut heeft bij zijn beoordeling de ingevulde checklist en de toelichtingen hierop van verzoeker, alsmede het standpunt van de ziektekostenverzekeraar, meegewogen. Na de hoorzitting zijn de aantekeningen en de nagekomen stukken in afschrift aan het Zorginstituut gezonden. Het Zorginstituut heeft bij brief van 18 december 2014 medegedeeld dat de ontvangen documenten geen aanleiding vormen tot aanpassing van het voorlopig advies. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over en volgt het advies.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een opname in het NAD, 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 afgewezen.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 januari 2015,



mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester

