

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in haar hoedanigheid van erfgename van F vertegenwoordigd door G te H tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, second opinion, ontbreken verwijzing
Zaaknummer : 2010.01798
Zittingsdatum : 17 augustus 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11, 13 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van erfgename van F
hierna te noemen: erflater, 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 erflater 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 erflater bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 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. Erflater heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een second opinion en een lymfadenectomie, uitgevoerd te Bochum (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflater medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Erflater heeft bij brief van 17 augustus 2009 aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Op 25 augustus 2009 is erflater overleden. Bij brief van 3 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 maart 2011 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 verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 mei 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 mei 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 juni 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 30 mei 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 17 juni 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011058980) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen geldige verwijzing is gegeven. Ook is niet voldaan aan alle vereisten voor een second opinion. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 augustus 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 18 augustus 2011 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 voorlopig advies. Bij brief van 15 september 2011 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ concludeert dat is gebleken dat wél is voldaan aan de vereisten voor een second opinion, maar dat geen sprake is geweest van een geldige verwijzing. Een afschrift van dit advies is aan partijen gezonden. Verzoeker heeft bij brief van 20 september 2011 op het advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat erflater door de internist-oncoloog is doorverwezen naar Duitsland voor een second opinion, hetgeen blijkt uit haar verklaring. In het algemeen geldt dat indien uit de second opinion voortvloeit dat de geconsulteerde arts andere mogelijkheden voor medisch handelen ziet dan de behandelend arts, alle kosten dienen te worden vergoed die zijn verbonden aan de medische behandelingen die worden uitgevoerd door de geconsulteerde arts. De kosten van de second opinion dienen in ieder geval door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft eerst bij brief van 3 september 2009 aangevoerd dat de volgorde van behandelen niet in overeenstemming is met de in Nederland geldende consensus. Uit een arrest van het Europese Hof van Justitie van 12 juli 2010 blijkt dat beoordeeld dient te worden of een behandeling door de internationale wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Men kan niet enkel afgaan op de in Nederland geldende consensus. Bovendien is het onjuist dat men tijdens de operatie constateerde dat verwijdering van de lymfklieren niet zinvol was, zoals de ziektekostenverzekeraar stelt.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat met de uitkomst van de second opinion is teruggedaan naar de behandelend arts in Nederland, zodat aan alle vereisten voor verwijzing is voldaan. De behandeling in Duitsland werd enkel in een andere volgorde uitgevoerd, namelijk eerst opereren en daarna chemotherapie. Het gaat dus om dezelfde behandeling. De behandelend arts in Nederland steunde erflater in zijn standpunt.
- 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 dat de kosten van de behandeling niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen, omdat erflater hiervoor geen verwijzing had van de behandelend arts in Nederland. De verklaring van de behandelend arts van 30 maart 2009 is niet aan te merken als een verwijzing, maar als een verslag van de medische historie van erflater.
- 5.2. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat men in Nederland een behandeling met chemotherapie wenste in te zetten, om vervolgens, als dit goed zou aanslaan, te opereren. De arts in Duitsland is direct overgegaan tot opereren. Tijdens de operatie bleek dat het verwijderen van de lymfeklieren niet zinvol was.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij hetgeen wordt gesteld ten aanzien van de verwijzing betwist. De behandelend arts heeft enkel bedoeld te verwijzen voor een second opinion. De medisch adviseur heeft de brief van de behandelend arts bekeken, en hieruit blijkt niet dat de behandeling aan de arts in Duitsland is overgedragen. Of de behandeling in Nederland succesvol zou zijn geweest, kan niet meer worden nagegaan. Anders dan verzoekster stelt, gaat het om meer dan alleen de volgorde van de onderdelen van de behandeling.
- 5.4. 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 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 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.

8.3. 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,*
- laboratoriumonderzoek,*
- second opinion. (...)*

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg, verpleeghuisarts of een bedrijfsarts, als de klachten met uw werk te maken hebben. (...)”

8.4. 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 in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde 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. (...)*”

8.5. Artikel B5 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.”

8.6. 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).

8.7. 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 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 kiest voor een zorgaanbieder 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 beantwoord.

8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.9. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;

ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zich bij zijn eerste afwijzing enkel heeft beroepen op het ontbreken van een geldige verwijzing, wordt niet toegekomen aan de vragen of sprake is van een verzekerde prestatie en of erflater een indicatie had voor de ingreep.

9.2. Gelet op artikel 14 Zvw en de Memorie van Toelichting bij dit artikel, is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd in de voorwaarden van de zorgverzekering het vereiste te stellen dat sprake dient te zijn van een geldige verwijzing.

9.3. Uit de verklaring van de internist-oncoloog van 5 juli 2010 blijkt dat deze erflater niet heeft doorverwezen voor behandeling in Duitsland. Zij had met haar eerdere verklaring uitsluitend de bedoeling te verwijzen voor een second opinion, omdat “een patiënt altijd recht heeft op een second opinion”. Hieruit volgt dat verzoekster, bij ontbre-

ken van de noodzakelijke verwijzing, geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de bij erflater uitgevoerde operatie, ten laste van de zorgverzekering. Rest de vraag of zij recht heeft op vergoeding van de kosten van de second opinion.

- 9.4. Uit een standpunt van het CVZ van 22 maart 2010 volgt dat sprake is van een second opinion indien is voldaan aan een aantal voorwaarden, waaronder de voorwaarde dat de verzekerde met de second opinion terugkeert naar zijn oorspronkelijke behandelaar. Ter zitting is gebleken dat aan alle vereisten voor een second opinion is voldaan. De commissie is daarom van oordeel dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de second opinion. Een zodanige vergoeding kan zijn gebaseerd op Verordening 1408/71 of de verzekeringsovereenkomst. Bepalend hiervoor is of vooraf een aanvraag is gedaan. Nu de ziektekostenverzekeraar niet voorafgaand aan de second opinion om toestemming is gevraagd, heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan conform het Duitse socialezekerheidsstelsel als bedoeld in artikel 22 van Verordening 1408/71. Gelet op artikel B9 van de zorgverzekering heeft zij wel aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de door erflater genoten zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, aldus dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de second opinion, tot ten hoogste het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Het meer of anders verzochte wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 12 oktober 2011,

Voorzitter