



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen D en E , beide te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, gastroscopie in zittende houding,
doelmatigheid
Zaaknummer : 201301774
Zittingsdatum : 19 november 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 20 Vo nr. 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

- 1) D te F, en
- 2) E te F,

hierna gezamenlijk 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 Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeenten 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 een gastroscopie in zittende houding, uit te voeren te Gent, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 april 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 23 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 20 augustus 2013 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 19 november 2013 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 12 maart 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 maart 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 april 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. Daarbij heeft hij verzocht de behandeling van de kwestie aan te houden totdat aanvullende informatie beschikbaar zou zijn. De commissie heeft aan dit verzoek gehoor gegeven.
- 3.8. Om redenen van proceseconomie heeft de commissie besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid, en tevens, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, dat de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 21 maart 2014 heeft de commissie Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014042085) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de psychische klachten die verzoeker zegt te ondervinden ten gevolge van de behandeling. Ook dient hij te onderzoeken of alternatieven zijn geprobeerd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 27 mei 2014 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid verzocht het nader onderzoek, zoals geadviseerd door het Zorginstituut, uit te voeren. Bij brief van 4 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie de uitkomst van het nader onderzoek medegedeeld. Een afschrift van deze brief is op 8 juli 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 november 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 20 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 19 december 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 MDL-arts heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *“Vanwege de levercirrose met tekenen van portale hypertensie, is zo nu en dan een gastroscopie geïndiceerd ter controle van portale hypertensie, in het bijzonder op de aanwezigheid van oesophagusvarices. De laatste scopie in het [naam Nederlands ziekenhuis] vond plaats op 10-10-2012, waarbij er aanwijzingen waren voor twee tot drie oesophagusvarices. Daar patiënt bètablokkade niet tolereert, is gekozen voor regelmatige endoscopische controle met zo nodig rubberbandligatie. Afgesproken was om een nieuwe gastroscopie te plannen om over te gaan tot behandeling van de graad III oesophagusvarices middels rubberbandligatie. Patiënt heeft de afspraak echter geannuleerd, en gaf op de polikliniek aan voorkeur te hebben voor een gastroscopie in Gent, bij collega (...). De reden hiervoor is dat in België soms patiënten in zittende houding worden gescopieerd, hetgeen in Nederland niet gebeurt. Vanuit het [naam Nederlands ziekenhuis] zullen wij voor een gastroscopie, al dan niet in combinatie met rubberbandligatie, nooit een verwijzing naar een ander ziekenhuis doen. We hebben de expertise immers zelf in huis. Helaas zijn wij niet in staat tot endoscopisch onderzoek in zittende houding, hetgeen overigens nergens in Nederland het geval is. Bij deze het verzoek, mede namens patiënt, om de gastroscopie toch te vergoeden. Dit moet dan wel separaat van de DBC in het [naam Nederlands ziekenhuis] geschieden, omdat zoals reeds aangegeven, wij patiënt hiervoor nooit naar elders zullen verwijzen (...).”*
- 4.2. Verzoeker moet in verband met zijn gecompliceerde medische situatie ieder half jaar preventief een gastroscopie ondergaan. Dit onderzoek wordt in het Nederlandse ziekenhuis liggend

uitgevoerd. Hierbij staat verzoeker iedere keer doodsangsten uit. In Gent kan dit onderzoek in zittende houding plaatsvinden.

4.3. De behandelend arts heeft medegedeeld dat Nederlandse medici niet vaardig zijn om een endoscopisch onderzoek in zittende houding uit te voeren. Hij verzoekt de ziektekostenverzekeraar daarom, mede namens verzoeker, de gastroscopie in Gent te vergoeden. De arts heeft verzoeker ook aangeraden contact op te nemen met zijn Belgische collega. De opmerking dat hij verzoeker niet zou verwijzen, vat verzoeker zo op dat deze arts vanuit zijn specialisme - MDL-arts - niet snel tot verwijzing zou besluiten. In de onderhavige situatie is de contra-indicatie echter niet gelegen in MDL-problematiek.

4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij absoluut niet zittend de gastroscopie kan ondergaan. Dit is meerdere keren geprobeerd, maar verzoeker heeft hier weerstand tegen. Hij merkt op dat iemand ook zittend eet en drinkt. Het lukt gewoon niet het onderzoek zo te doen. In Gent kan het wel in zittende houding. In Duitsland is het ook een keer zittend gedaan. Verzoeker vraagt zich af waarom het in de ons omringende landen wel kan en in Nederland niet. Over het psychologische onderzoek dat is gevraagd merkt verzoeker op dat iemand ook niet hoeft aan te tonen dat hij hoogtevrees heeft. Verzoeker leeft op bijstandsniveau en heeft een aantal kinderen. Hij kan niet even een psycholoog inhuren. Verzoeker heeft ter zitting ook gevraagd om een vergoeding van de kosten van rechtshulp. De eigen bijdrage is € 196,--.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker is onder behandeling van een MDL-arts in een Nederlands ziekenhuis in verband met chronische hepatitis. Hierdoor is bij hem levercirrose ontstaan, leidend tot het mogelijk ontstaan van oesophagusvarices. Deze kunnen (gevaarlijk) bloedverlies tot gevolg hebben. Onderdeel van de behandeling is daarom de regelmatige scopische controle en zo nodig ligeren. Uit de berichten van de behandelend arts maakt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoeker zelf dit onderzoek graag elders wil laten plaatsvinden. De reden hiervoor wordt uit de aanvraag niet duidelijk. Omdat deze scopieën vallen binnen de DOT productcode die wordt vergoed aan het Nederlandse ziekenhuis, is het separaat vergoeden hiervan ondoelmatig. Dit is de reden tot afwijzing.

5.2. Verzoeker doet een beroep op psychische klachten die ontstaan bij het scopiëren in liggende houding. Hij heeft daarom de voorkeur voor een zittende houding. Uit informatie van het Nederlandse ziekenhuis blijkt op geen enkele wijze dat het in liggende houding ondergaan van het onderzoek wordt bemoeilijkt door (psychische) klachten van verzoeker. Een dergelijk onderzoek wordt in beginsel liggend uitgevoerd in verband met de braakneigingen die de patiënt ondervindt. Het braaksel zou in de longen kunnen lopen, leidend tot een ernstige chemische pneumonie. Zittend scopiëren wordt derhalve slechts in uitzonderingssituaties toegepast. Bij verzoeker is niet gebleken van een dringende noodzaak tot zittend scopiëren.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoeker onder behandeling is in Rotterdam. De behandelend arts heeft niet verwezen naar Gent voor het onderzoek. Het onderzoek kan in Rotterdam plaatsvinden in liggende houding. De behandeling wordt vergoed in één tarief. Er is niet vastgelegd dat verzoeker geen onderzoek in liggende houding zou kunnen hebben. Daarom is het onderzoek in Gent onnodig kostbaar.

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 artikel A.22. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.3.1. Waar hebt u recht op?"

U hebt recht op medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg is te verdelen in:

B.4.3.1.a. Behandeling zonder dat opname plaatsvindt

Deze zorg zonder opname omvat onder andere:

- 1. oogheekundige zorg;*
- 2. aanleggen van gips;*
- 3. ECG-onderzoek.*

B.4.3.1.b. Onderdelen die bij de behandeling horen

Deze zorg omvat:

- 1. de verpleging;*
- 2. de geneesmiddelen;*
- 3. de hulpmiddelen;*
- 4. de verbandmiddelen;*
- 5. laboratoriumonderzoek. (...)"*

8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- a. zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- b. (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.*

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20. Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. We hebben dan wel, om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, meer informatie nodig dan dat standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen. (...)"

- 8.5. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*"In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen: (...)
d. u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. (...)"*

- 8.6. De artikelen A.3.2. van 'Hoofdstuk A' en B.2. en B.4.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' 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 bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
Artikel 14 Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord.

- 8.8. 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.

- 8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in*

laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker wenst naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, te gaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat de zorg niet doelmatig is, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de doelmatigheid geldt het volgende.
- 9.3. Gelet op artikel 14 Zvw komt de commissie bij de beoordeling van de doelmatigheid slechts een marginale toetsing toe. Beoordeeld dient daarom te worden of de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid tot de beslissing heeft kunnen komen verzoeker geen toestemming te verlenen voor een gastroscopie in zittende houding. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. Blijkens de Memorie van toelichting dient de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde zorg of dienst te worden beoordeeld op basis van zorginhoudelijke criteria. Niet ter discussie staat dat verzoeker is aangewezen op een gastroscopie en dat deze in de regel in liggende houding wordt uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat deze houding veiliger is dan de zittende houding. Voor een gastroscopie in zittende houding dient dan ook een medische noodzaak aanwezig te zijn. Uit het dossier blijkt niet van een dergelijke, door een arts geconstateerde noodzaak. Veeleer is sprake van een wens van verzoeker zelf. Het ligt in deze op de weg van verzoeker aannemelijk te maken dat hij niet toe kan met een gastroscopie in liggende houding. Verder is gebleken dat een gastroscopie deel uitmaakt van de DOT productcode die aan het Nederlandse ziekenhuis wordt vergoed. Een gastroscopie in zittende houding zou apart moeten worden betaald aan het Belgische ziekenhuis waardoor feitelijk sprake is van dubbele kosten. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet kan worden gehouden een extra bedrag te vergoeden voor een onderzoek waarvan niet aannemelijk is geworden dat dit om medische redenen in zittende houding moet plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook in redelijkheid tot zijn afwijzende beslissing kunnen komen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een gastroscopie, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.6. 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,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo

