

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F vs. C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, EU-EER, (advocaat-)kosten, schade aan gezondheid
Zaaknummer	: 2008.00757
Zittingsdatum	: 11 februari 2009

Zaak: 2008.00757 (Geneeskundige zorg, EU-EER, (advocaat-)kosten, schade aan gezondheid)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, E te F,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar de kosten van de door haar ondergane behandeling deels 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 Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens was ten behoeve van verzoekster een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.
- 3.2. Verzoekster heeft bij niet gedagtekende brief aan haar zorgverzekeraar toegezonden een verzoek van haar huisarts van 10 oktober 2006, waarin toestemming wordt verzocht voor een second opinion in de Universitätsklinikum te Aken, Duisland, in verband met schildklierproblemen. In die brief vraagt verzoekster tevens om afgifte van een E-112 formulier ten behoeve van onderzoek en behandeling. De zorgverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 14 februari 2007 in algemene zin geïnformeerd over zorg in het buitenland. Aan verzoekster is geen E-112 formulier afgegeven.
- 3.3. Verzoekster heeft bij brief van 1 juni 2007 wederom een verzoek van haar huisarts, gedateerd 12 april 2007, aan haar zorgverzekeraar toegezonden, waarin de huisarts toestemming verzoekt voor een second opinion in de Universitätsklinikum te Aken, Duitsland in verband met schildklierproblemen. In die brief verzoekt zij tevens om afgifte van een E-112 formulier ten behoeve van onderzoek en behandeling. De zorgverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 12 juni 2007 in algemene zin geïnformeerd over zorg in het buitenland.
- 3.4. Verzoekster heeft zich in de periode van 22 mei 2007 tot en met 27 november 2007 gewend tot de Duitse specialist. De daarmee verband houdende nota's heeft verzoekster bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. De zorgverzekeraar heeft deze nota's deels vergoed.

- 3.5. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 30 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld de nota van € 70,44 alsnog deels te vergoeden.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar besloten heeft een nabetaling te doen van € 28,35 voor de door verzoekster genoten zorg en het terugbetalen van € 75,55 aan incassokosten.
- 3.7. Bij brief van 19 juni 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van die verband houden met de vertraging in de besluitvorming van de zorgverzekeraar te vergoeden, te weten:
- i. advocaatkosten: € 92,00 deze procedure;
 - ii. advocaatkosten: € 92,00, procedure tegen incassobureau;
 - iii. kosten geschillencommissie: € 37,00;
 - iv. reiskosten Aken, 2x € 50,00;
 - v. telefoonkosten [naam zorgverzekering]: € 45,00;
 - vi. volgens verzoekster niet vergoede declaraties: € 230,90; en
 - vii. schade aan gezondheid als gevolg van niet tijdig verkrijgen medicatie waardoor verzoekster zich in 2007 bij de eerste hulp heeft moeten melden (hierna te noemen: het verzoek).
- 3.8. Bij brief van 1 juli 2008 heeft de commissie verzoekster gevraagd om een verklaring van de behandelend specialist, waaruit blijkt welke indicatie is gesteld en welke behandeling daarop heeft plaatsgevonden. Tevens is gevraagd op welke hulpmiddelen de uitkeringsspecificatie met kenmerk CN0001/05361655 ziet. In reactie op de eerste vraag heeft verzoekster de commissie bij brief van 8 juli 2008 een aantal documenten doen toekomen. Op de laatste vraag kon verzoekster de commissie geen antwoord geven.
- 3.9. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.10. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 18 september 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 oktober 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.11. Bij brief van 6 oktober 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 november 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen op de grond dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor vergoeding van de gevorderde kosten. Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 november 2008 aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 3 december 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.

- 3.13. Bij brief van 12 januari 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 16 januari 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, de schildklier-aandoening 'Hashimoto' te hebben. Op aanraden van de huisarts heeft zij zich voor een second opinion gewend tot een Duitse specialist. Alvorens deze een onderzoek wilde starten moest een voorschot van € 500,00 worden betaald. Dit geld had verzoekster niet en daarop heeft zij zich gewend tot de zorgverzekeraar. Deze gaf steeds weer andere informatie, een duidelijke reactie bleef uit. Aangezien de gezondheid het niet langer toeliet was verder uitstel van onderzoek en behandeling niet meer aan de orde. Verzoekster stelt dat door het niet, dan wel niet tijdig behandelen van haar aandoening, zij een struma heeft, met alle consequenties van dien. Zij stelt door de handelwijze van de zorgverzekeraar gedupeerd te zijn en schade te hebben geleden.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster, in reactie op de vraag waaruit de volgens haar niet vergoede declaraties ter hoogte van € 230,90 bestaan, aangevoerd dat van de declaraties ter hoogte van € 223,75 slechts een bedrag van € 30,00 is vergoed. Ter onderbouwing hiervan verwijst zij naar de desbetreffende uitkeringsspecificatie van de zorgverzekeraar. Voorts verwijst verzoekster naar de brief van haar vertegenwoordiger van 15 november 2007.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 de onderhavige behandeling poliklinisch plaatsvindt en dat alleen een E112-formulier wordt verstrekt als een van tevoren aangevraagde behandeling met opname in het buitenland door de zorgverzekeraar wordt vergoed.
- 5.2. In dit geval is een "second opinion" aangevraagd. Hiervoor is geen E112-formulier nodig. De nota's van de behandeling zelf zijn vergoed tot een bedrag van € 804,70, zijnde het maximum tarief behorend bij de DiagnoseBehandelingCombinatie (DBC)-code 13110002021101.
- 5.3. Verder verklaart de zorgverzekeraar dat de uitkeringsspecificatie met kenmerk CN0001/05361655 ziet op een declaratie voor brillenglazen. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden 2007 van de Uitgebreide Aanvullende Verzekering heeft verzoekster recht op vergoeding van ten hoogste € 30,00 per twee kalenderjaren. Dit bedrag is op 29 november 2007 aan verzoekster overgemaakt.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden 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.

De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de ten behoeve van verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering. Deze verzekering blijft hier dan ook verder buiten beschouwing.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de vergoeding van de kosten, zoals genoemd in overweging 3.7. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

Kosten behandeling door een specialist in Duitsland

- 7.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, hetgeen inhoudt dat verzoekster in beginsel is aangewezen op door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. Medisch-specialistische zorg, waartoe ook een 'second opinion' behoort, is geregeld in artikel 12 juncto artikel 15 Zorgverzekering. Zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 Zorgverzekering.
- 7.3. De zorgverzekering is gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (verder: Bzv) en de Regeling zorgverzekering (verder: Rzv). Uit artikel 1 lid d Zvw volgt – samengevat – dat een zorgverzekering niet 'meer of minder' mag bieden dan bij of krachtens de Zvw is bepaald.
- 7.4. Verzoekster heeft een specialist in Duitsland bezocht. Volgens verzoekster zijn de kosten die hiermee zijn gemoeid, door de zorgverzekeraar niet volledig vergoed. Uit de stukken noch uit hetgeen ter zitting naar voren is gebracht, blijkt voldoende welke kosten – uitgaande boven de reeds door de zorgverzekeraar wél vergoede kosten ter hoogte van € 804,70 én verband houdende met de behandeling in Duitsland – nog niet door de zorgverzekeraar zijn vergoed. Van de declaratie van € 223,75, waarvan de zorgverzekeraar blijkens de uitkeringsspecificatie € 30,00 heeft vergoed, kon verzoekster echter niet verklaren op welke hulpmiddelen de onderliggende nota's betrekking hebben. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat door verzoekster onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat de zorgverzekeraar niet alle kosten, verband houdende met de behandeling van de specialist in Duitsland heeft voldaan. Derhalve dient het verzoek, voor zover dat ziet op de vergoeding van de kosten van de behandeling door een specialist in Duitsland te worden afgewezen.

Kosten aanschaf bril

- 7.5. Gebleken is dat een deel van de declaraties waarvan verzoekster in haar verzoek heeft aangevoerd dat deze door de zorgverzekeraar nog niet zijn vergoed, ziet op de aanschaf van een bril c.q. brillenglazen.
- 7.6. Vergoeding van hulpmiddelenzorg is in de zorgverzekering geregeld in de artikelen 12 en 30. Laatstgenoemd artikel verwijst naar de bij Rzv als bedoeld in artikel 2.9 Bzv aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. In artikel 2.6 juncto 2.13 Rzv zijn als hulpmiddel aangewezen:

“Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel f, omvatten:

a. brillenglazen, waaronder filterglazen met of zonder visuscorrigerende werking, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 2, van deze regeling en de aanschaf plaatsvindt binnen twaalf maanden na een eerdere aanschaf van dit hulpmiddel; (...)”

In bijlage 3, onderdeel 2 Rzv zijn de volgende zorginhoudelijke criteria vermeld:

“Zorginhoudelijke criteria voor vervanging van brillenglazen, waaronder filterglazen met of zonder visuscorrigerende werking, en contactlenzen zijn:

a. hoornvliesonregelmatigheden ten gevolge van keratoconus dan wel ten gevolge van littekens na hoornvliestransplantatie, na ontstekingen van de cornea zoals bijvoorbeeld herpes of na cornea perforatie;
b. sterke graden van brekingsafwijkingen als regel van meer dan 10 dioptrieën;
c. bijzondere individuele zorgvragen.”

- 7.7. De in de zorgverzekering opgenomen regeling met betrekking tot hulpmiddelenzorg zoals hiervoor aangehaald, strookt met het geregelde bij of krachtens de Zvw, in die zin dat rechtstreeks naar de Rzv wordt verwezen.
- 7.8. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster voldoet aan vorenaangehaalde zorginhoudelijke criteria, dan wel dat zij een verzekeringsindicatie heeft zoals bedoeld in artikel 30 van de zorgverzekering. Derhalve kan verzoekster aan de zorgverzekering geen aanspraak ontlenen op vergoeding van de kosten van de onderhavige aanschaf van de bril c.q. brillenglazen.
- 7.9. Gezien het voorgaande dient het verzoek, voor zover dat ziet op vergoeding van de kosten voor de aanschaf van een bril c.q. brillenglazen te worden afgewezen.

Reiskosten

- 7.10. Verzoekster stelt twee keer voor niets naar Aachen te zijn gereisd en claimt daarvoor bij de zorgverzekeraar een bedrag van € 50,00.
- 7.11. De zorgverzekering kent geen zelfstandige aanspraak op vergoeding van reiskosten. In de artikelen 12 en 34 zorgverzekering is wèl een aanspraak opgenomen op vergoeding van zittend ziekenvervoer. Artikel 34 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Omschrijving:

ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 33, Ambulancevervoer, of vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van de verzekerde over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

*1. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de [naam zorgverzekering] Zorgverzeker-
ring komen; (...)*

*4. naar zijn woning of een andere woning, als hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen als hij van een van de personen of instelling komt, be-
doeld in dit artikel onder omschrijving punt 1, 2 of 3. (...)*

Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van de volgende situaties:

a. de verzekerde moet nierdialyses ondergaan;

- b. de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;*
- c. de verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;*
- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde is zodanig beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;*
- e. de verzekerde is in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.*
(...)

Voorschrift:

huisarts,...), medisch specialist (...).

Machtiging:

ja.(...)"

- 7.12. De commissie constateert dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling ten aanzien van zittend ziekenvervoer zoals hiervoor aangehaald, strookt met het geregelde in de artikelen 10 en 11 Zvw, 2.13 en 2.14 Bzv.
- 7.13. In de procedure is niet gebleken dat verzoekster beschikt over een voorschrift voor zittend ziekenvervoer afkomstig van een huisarts of medisch-specialist en/of een machtiging van de zorgverzekeraar voor dit vervoer. Voorts is in de procedure gesteld noch gebleken dat verzoekster een verzekeringsindicatie heeft voor zorg zoals geregeld in artikel 34 van de zorgverzekering. Derhalve kan verzoekster aan de zorgverzekering geen aanspraak ontlenen op vergoeding van de reiskosten.
- 7.14. Resteert de vraag of verzoekster – los van hetgeen in zorgverzekering is geregeld – aanspraak kan maken op vergoeding van de reiskosten door de zorgverzekeraar. Verzoekster heeft haar stelling dat zij twee keer voor niets naar Aachen is gereisd niet onderbouwd. Bovendien is door verzoekster onder meer niet aannemelijk gemaakt dat een en ander onlosmakelijk samenhangt met een handelen of nalaten van de zorgverzekeraar en dat dit handelen of nalaten ook aan de zorgverzekeraar moet worden toegerekend.
- 7.15. Gezien het voorgaande dient het verzoek, voor zover dat ziet op vergoeding van reiskosten ad € 50,00, te worden afgewezen.

Telefoonkosten en schade aan gezondheid

- 7.16. Verzoekster claimt bij de zorgverzekeraar een bedrag van € 45,00 aan telefoonkosten en de schade aan haar gezondheid als gevolg van het niet tijdig verkrijgen van medicatie. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 7.17. In de voorwaarden van de zorgverzekering is niet geregeld dat een verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding van telefoonkosten en gezondheidsschade, zodat reeds om die reden het verzoek op dit punt moet worden afgewezen. Daarbij komt dat verzoekster haar verzoek om vergoeding van de telefoonkosten en de beweerdelijke gezondheidsschade niet heeft onderbouwd. Bovendien is door verzoekster onder meer onvoldoende aannemelijk gemaakt dat een en ander onlosmakelijk samenhangt met een handelen of nalaten van de zorgverzekeraar en dat dit handelen of nalaten ook aan de zorgverzekeraar moet worden toegerekend.

- 7.18. Gezien het voorgaande dient het verzoek, voor zover dat ziet op vergoeding van telefoonkosten en de schade aan de gezondheid, te worden afgewezen.

Advocaatkosten

- 7.19. Verzoekster heeft ook verzocht om vergoeding van de advocaatkosten ten behoeve van de onderhavige procedure en de advocaatkosten ten behoeve van de procedure in verband met een incassotraject, waarvan de zorgverzekeraar achteraf besloten heeft de incassokosten voor zijn rekening te nemen.
- 7.20. In de onderhavige procedure worden alle door verzoekster ingediende verzoeken om de hierboven uiteengezette redenen afgewezen. Om die reden bestaat geen reden tot toewijzing van de met de procedure gemoeide advocaatkosten, daargelaten de vraag of dergelijke kosten in het onderhavige geval überhaupt voor vergoeding in aanmerking zouden zijn gekomen.
- 7.21. Wat betreft de advocaatkosten verband houdende met het incassotraject, overweegt de commissie het volgende. Artikel 3.4 van de zorgverzekering regelt dat de premiebetaling bij vooruitbetaling dient plaats te vinden. In de procedure is niet, dan wel onvoldoende, aannemelijk geworden dat de zorgverzekeraar niet zou mogen overgaan tot het incasseren van de door verzoekster niet tijdig betaalde premie. Dat de zorgverzekeraar achteraf, om hem moverende redenen, besluit de incassokosten voor zijn eigen rekening te nemen, maakt het voorgaande niet anders. De commissie kan zich voorstellen dat de zorgverzekeraar in een dergelijk geval ook coulancehalve de advocaatkosten voor zijn rekening neemt, doch de commissie is niet bevoegd daartoe een oordeel uit te spreken.

Entreegeld

- 7.22. Aangezien het verzoek volledig dient te worden afgewezen, bestaat geen grond de zorgverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te laten vergoeden

Slotsom

- 7.23. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 februari 2009,

Voorzitter