

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D vertegenwoordigd door E te F  
Zaak : EU, België, opname, psychiatrische zorg  
Zaaknummer : 2009.01544  
Zittingsdatum : 6 oktober 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door G te H hierna te noemen: de gemachtigde,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar de kosten van de opname in het Universitair Centrum St. Jozef te Kortenberg, België (hierna: het U.C.) betreffende het jaar 2006, ten bedrage van € 54.240,63, (hierna: de aanspraak) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige opname was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de zorgverzekering, variant restitutie (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker medegedeeld dat de onder punt 2 omschreven aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 juni 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 1 november 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak, verhoogd met rente en kosten, alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek). Tevens heeft verzoeker de commissie verzocht de gronden van het verzoek later aan te mogen vullen.
- 3.6. Bij brief van 23 november 2009 heeft de commissie verzoeker geïnformeerd over de omvang van zijn bevoegdheid en tevens verzoeker in de gelegenheid gesteld uiterlijk 15 februari 2010 de gronden voor het verzoek aan te vullen.
- 3.7. Bij brief van 26 januari 2010 heeft de gemachtigde de commissie medegedeeld dat verzoeker hem heeft verzocht hem bij te staan in de procedure bij de commissie. Te-

vens heeft de gemachtigde de commissie verzocht om een afschrift van het dossier. De commissie heeft de gemachtigde bij brief van 27 januari 2010 een afschrift van het dossier doen toekomen.

- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan.
  - 3.9. Op een daartoe strekkend verzoek van verzoeker is de termijn waarbinnen de gronden van het verzoek konden worden aangevuld verlengd tot 4 maart 2010.
  - 3.10. Bij brief van 4 maart 2010 heeft verzoeker de gronden van het verzoek aangevuld, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
  - 3.11. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 april 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 mei 2010 aan verzoeker gezonden.
  - 3.12. Bij brief van 4 mei 2010 heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld uiterlijk 12 mei 2010 alsnog de brief van het U.C. van 30 juni 2006, alsmede het onderhavige medisch dossier in de procedure in te brengen. Van deze mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
  - 3.13. Bij brief van 25 mei 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 juni 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010068780) bij wege van voorlopig advies de commissie meegedeeld geen advies ingevolge de Zvw uit te kunnen brengen, aangezien het een (publiekrechtelijk) geschil in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (verder: AWBZ) betreft, dat aan het zorgkantoor had moeten worden voorgelegd. Een afschrift van het CVZ-advies is op 28 juni 2010 aan partijen gezonden.
  - 3.14. Partijen zijn uitgenodigd voor een hoorzitting op 7 juli 2010. Verzoeker heeft verzocht om uitstel van de hoorzitting, waarbij hij een groot aantal verhinderdata heeft doorgegeven. Vervolgens zijn partijen uitgenodigd voor de hoorzitting van 8 september 2010, zijnde een datum die door verzoeker eerder niet als verhinderdatum was genoemd. Desondanks heeft verzoeker opnieuw verzocht om uitstel van de hoorzitting, waarna partijen zijn uitgenodigd voor de hoorzitting van 6 oktober 2010.
  - 3.15. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 oktober 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
  - 3.16. Bij brief van 18 oktober 2010 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 21 oktober 2010 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in 2001 naar België is verhuisd en in 2005 is opgenomen op de psychiatrische afdeling van het U.C.. De nota's van deze opname zijn altijd rechtstreeks door het U.C. gezonden aan de zorgverzekeraar. De nota's betreffende het jaar 2005 en één nota in 2006 (gedateerd 31 december 2006) zijn voldaan. De overige nota's over het jaar 2006, te weten die van 31 maart, 30 juni en 30 september 2006, rente en kosten daaronder begrepen, zijn door de zorgverzekeraar niet voldaan. De zorgverzekeraar heeft na ontvangst van de nota's van het U.C. verzoeker nimmer kenbaar gemaakt dat hij de facturen om redenen genoemd in zijn brief van 23 november 2009 – naar de commissie begrijpt is bedoeld de brief van 20 augustus 2009 – dan wel anderszins niet zou voldoen, terwijl de zorgverzekeraar door het U.C. veelvuldig tot betaling is aangesproken. Hierdoor heeft de zorgverzekeraar het gerechtvaardigd vertrouwen opgewekt dat de nota's zouden worden voldaan.
- 4.2. Verzoeker is van opvatting dat de zorgverzekeraar zijn zorgplicht heeft geschonden door onder meer het E121-formulier – vanwege het grote belang van het formulier – niet aangetekend aan het juiste adres te zenden, waardoor dit formulier hem niet heeft bereikt, en hem niet per ommegaande in kennis te stellen van het niet voor vergoeding in aanmerking komen van de nota's. Dit klemt te meer daar de zorgverzekeraar wist, althans behoorde te weten – de zorgverzekeraar heeft bij brief van 13 juni 2006 het medisch dossier bij het U.C. opgevraagd, welke het U.C. bij brief van 30 juni 2006 aan de zorgverzekeraar heeft gestuurd – dat verzoeker zich in verband met ernstige psychische klachten binnen het U.C. bevond.
- 4.3. Daarenboven heeft de zorgverzekeraar, blijkens een e-mailbericht van het U.C, toegezegd de betreffende nota's van 2006 te voldoen, hetgeen aansluit bij de brief van de zorgverzekeraar aan het U.C. van 13 juni 2006 waarin wordt gesteld dat eerst dan tot betaling kan worden overgegaan na ontvangst van de medische gegevens/medisch behandelplan.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij tot 4 april 2006 in de Ziektewet zat; daarna is hem een WIA-uitkering toegekend. Verder stelt verzoeker dat hij sinds 5 april 2006 (weer) in Nederland woont. Hij is toen ingeschreven bij zijn ouders in Roosendaal. Feitelijk verbleef hij – nog steeds – in het ziekenhuis. De eerste opname in het ziekenhuis liep van 17 november 2005 tot november 2006. Verzoeker voegt daaraan toe dat hij in 2005 en 2006 bij dezelfde verzekeraar verzekerd was; hij betaalde daaraan ook premie, in ieder geval tot 24 november 2006. Het ziekenhuis stuurde de nota's rechtstreeks naar de zorgverzekeraar. Pas in 2008 volgde de mededeling dat hij niet (meer) verzekerd was. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar de op hem rustende inspanningsverplichting of zorgplicht niet is nagekomen. De zorgverzekeraar had moeten nagaan of verzoeker verzekerd was. Voorts stelt verzoeker dat de zorgverzekeraar heeft toegezegd de kosten te vergoeden. Overigens betwist verzoeker de stellingname van het CVZ dat het AWBZ-zorg betreft.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het 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 zorgverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige door verzoeker in het jaar 2006 genoten zorg in het U.C.

- 5.2. Verder stelt de zorgverzekeraar dat verzoeker hem in 2006 niet juist en volledig heeft geïnformeerd, hetgeen overeenkomstig artikel 8 van de zorgverzekering wel had moeten. Ter onderbouwing van deze stelling brengt de zorgverzekeraar onder meer in dat – ondanks dat verzoeker heeft verklaard dat hij op 5 april 2006 weer woonachtig is geworden in Nederland en aan de hand van de check van de Gemeentelijke Basisadministratie toentertijd kon worden vastgesteld dat verzoeker stond ingeschreven in Nederland – het dossier overziend, naar zijn mening, geen fysieke verhuizing naar Nederland heeft plaatsgevonden, althans dat verzoeker nimmer woonachtig is geworden in Nederland, hetgeen zou kunnen betekenen dat de inschrijving in de zorgverzekering (gedurende een deel van 2006) niet terecht is geweest. Pas in november 2006 heeft verzoeker doorgegeven dat zijn zorgverzekering moest worden beëindigd in verband met een verplichte inschrijving bij de Belgische mutualiteit.
- 5.3. Het betreft in casu aanspraken op grond van de AWBZ. Van een gerechtvaardigd vertrouwen tot vergoeden van de nota's ten laste van de zorgverzekering is geen sprake. Volgens de voorwaarden van de zorgverzekering is de verzekeringsovereenkomst gebaseerd op de Zvw en niet op de AWBZ.
- 5.4. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat de vergoeding van de onderhavige nota's zou zijn toegezegd, voert de zorgverzekeraar aan dat een toezegging tot betaling van declaraties die niet thuishoren onder zorgverzekering nimmer op deze wijze kan zijn gedaan. Indien duidelijk zou zijn geweest dat het gaat om psychiatrische behandelingen zou volgens de zorgverzekeraar zijn geantwoord dat dit valt onder de AWBZ.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd de nota's indertijd naar het zorgkantoor zijn gestuurd. Het zorgkantoor zorgt voor de afwikkeling van AWBZ-zorg. GGZ-zorg viel destijds onder de AWBZ. Bij de stelselwijziging in 2006 had verzoeker kunnen kiezen voor vrijwillige voortzetting van de AWBZ-verzekering. Verzoeker heeft niet gereageerd op een brief van het CVZ hierover. Eén nota is ten onrechte ten laste van de zorgverzekering vergoed. Dat kwam doordat het zorgkantoor een nota zond met de mededeling dat het niet om AWBZ-zorg ging.
- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de uitvoering van de zorgverzekering door de zorgverzekeraar, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
- 6.2. De commissie is niet bevoegd daar waar het onderhavige geschil gaat over zorg genoten in 2005 en eerdere jaren, zorg die valt onder de AWBZ, het handelen van het CVZ, en het handelen van de mutualiteit in België, hetgeen de commissie verzoeker bij brief van 23 november 2009 ook heeft meegedeeld.
7. Het geschil

7.1. Naar de commissie uit de door partijen overgelegde stukken opmaakt, is niet in geschil dat verzoeker over de periode waarop de nota's van het U.C. van 31 maart, 30 juni en 30 september 2006 zien, bij de zorgverzekeraar verzekerd was ingevolge de zorgverzekering. In geschil is uitsluitend of de zorgverzekeraar de kosten ten bedrage van € 54.240,63 voor de opname van verzoeker in het U.C. betreffende het jaar 2006, verhoogd met rente en kosten, dient te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

## 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 restitutiepolis. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in hoofdstuk 2 van de zorgverzekering. Medisch-specialistische zorg – al dan niet met een opname van ten hoogste 365 dagen – is geregeld in hoofdstuk 2, artikel 2 van de zorgverzekering. Voor de vergoeding van kosten is ingevolge laatstbedoeld artikel een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of bedrijfsarts en wordt de omvang van de te verlenen zorg begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Hoofdstuk 2, artikel 3 van de zorgverzekering regelt de vergoeding van zorg in het buitenland. In hoofdstuk 1, artikel 2 onderdeel D is geregeld dat aanspraak op vergoeding van kosten van zorg zoals in de zorgpolis en de daarbij behorende polisvoorwaarden is omschreven, mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.3. De zorgverzekering is volgens hoofdstuk 1, artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Uit artikel 1 onder d Zvw volgt – samengevat – dat een zorgverzekering niet meer of minder mag bieden dan bij of krachtens de Zvw is geregeld.

8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Voor zover hier van belang, luidt laatstgenoemd artikel als volgt.

*“Geneeskundige zorg omvat zorg, zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (...)”*

Verblijf is geregeld in artikel 2.10 Bzv, welk artikel – voor zover hier van belang – luidt als volgt:

*“Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.”*

Voorts luidt artikel 2.1 lid 2 Bzv als volgt:

*“De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt al verantwoorde en adequate zorg en diensten.”*

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt niet – onder meer vanwege het ontbreken van medische gegevens en een behandelplan – dat de onderhavige door verzoeker in 2006 in het U.C. genoten zorg, zorg is die op dat moment krachtens de zorgverzekering is verzekerd. Ook overigens heeft verzoeker geen bepalingen of voorschriften in de zorgverzekering of de Europese verordening 1408/71 aangewezen op grond waarvan volgens hem de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van onderhavige zorg te vergoeden.
- 9.2. Verzoeker heeft nog gesteld dat de zorgverzekeraar een gerechtvaardigd vertrouwen heeft gewekt c.q. heeft toegezegd dat de onderhavige kosten zouden worden vergoed. Daarbij heeft verzoeker onder meer verwezen naar de brief van de zorgverzekeraar van 13 juni 2006 en een e-mailbericht van het U.C. van 29 mei 2008. Tevens heeft verzoeker zich op het standpunt gesteld dat de zorgverzekeraar hem – samen met – onvoldoende heeft geïnformeerd over de gevolgen van de invoering van het nieuwe zorgstelsel voor hem persoonlijk en jegens hem niet de juiste zorgplicht in acht heeft genomen wat betreft het versturen van het E121-formulier, respectievelijk de brief over de vrijwillige voortzetting van de AWBZ-verzekering.
- 9.3. Bij de beoordeling van vorenstaande stellingen van verzoeker is van belang vast te stellen in welk kader het handelen dan wel nalaten van de zorgverzekeraar moet worden bezien. De zorgverzekeraar kan namelijk hebben gehandeld als AWBZ-uitvoeringsorgaan of als uitvoerder van de zorgverzekering. Zoals gezegd, is de commissie ten aanzien van (de uitvoering van) de AWBZ niet bevoegd.
- 9.4. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat de onderhavige, door verzoeker in 2005 en 2006 in het U.C. genoten zorg, valt onder de dekking van de AWBZ, hetgeen door verzoeker niet, althans onvoldoende is bestreden. Ook overigens is niet komen vast te staan dat de onderhavige zorg indertijd onder de dekking van de zorgverzekering viel. Verder heeft de zorgverzekeraar in zijn brief van 13 juni 2006 aan het U.C., welke brief verzoeker in de procedure heeft ingebracht en mede heeft gebruikt ter onderbouwing van zijn stelling, nadrukkelijk vermeld dat het gaat om kosten die betrekking hebben op de AWBZ en dat niet tot betaling kan worden overgegaan zonder in het bezit te zijn van recente medische gegevens en een behandelplan. Tevens heeft de zorgverzekeraar in deze brief enkele procedureaspecten rond de uitvoering van de AWBZ uiteengezet. Voorts heeft verzoeker ter onderbouwing van zijn stelling een e-mailbericht van het U.C. van 29 mei 2008 ingebracht. De tekst van dit e-mailbericht is als volgt:

*“Geachte,*

*[naam zorgverzekeraar] heeft met mij al contact opgenomen en heeft duplicaten gevraagd van de verpleegnota's.*

*Deze heb ik hem dan ook bezorgd. Ze gingen zo vlug mogelijk betalen. Dit hebben ze mij beloofd.*

*Met vriendelijke groet,*

Nog daargelaten of bedoeld e-mailbericht een toezegging van de kant van de zorgverzekeraar bevat, blijkt uit het e-mailbericht niet ten laste waarvan de betaling door de zorgverzekeraar zou plaatsvinden. Mede gezien de overige stukken in het dossier, kan bedoeld e-mailbericht niet leiden tot de conclusie dat de zorgverzekeraar heeft toegezegd dat de kosten ten laste van de *zorgverzekering* zouden worden vergoed.

- 9.5. Gezien het voorgaande is niet, althans onvoldoende komen vast te staan dat in de onderhavige situatie het handelen, dan wel nalaten van de zorgverzekeraar – waaronder ook de informatievoorziening rond de invoering van het nieuwe zorgstelsel per 1 januari 2006 – zou moeten worden gezien in het licht van de uitvoering van de zorgverzekering. Dat de zorgverzekeraar de nota van december 2006 – naar de zorgverzekeraar later heeft verklaard, ten onrechte – ten laste van de zorgverzekering heeft vergoed, maakt voorgaande niet anders.
- 9.6. Voorts kunnen de problemen rond de afgifte van een E121-formulier, hetwelk wordt afgegeven door het CVZ, respectievelijk de brief over de vrijwillige voortzetting van de AWBZ-verzekering niet tot een ander oordeel leiden. Zoals eerder gezegd, is de commissie niet bevoegd ten aanzien van het handelen van het CVZ en (de uitvoering van) de AWBZ.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 november 2010,

Voorzitter