



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Suriname, medisch specialistische zorg, fysiotherapie, spoedeisendheid, carpaal tunnel
syndroom
Zaaknummer : 201502917
Zittingsdatum : 28 september 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4, 2.6 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van zorg in Suriname, bestaande uit artsconsulten, fysiotherapie, een MRI, een CTS-operatie, medicijnen en wondbehandeling, ten bedrage van totaal 3.930,-- Surinaamse dollar, circa € 1.091,00 (verder: de aanspraak). Bij brief van 14 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de consulten niet voor vergoeding in aanmerking komen.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 oktober 2015 en 3 november 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar zich bereid heeft verklaard een bedrag van € 555,41 aan verzoeker na te betalen voor de operatie.

3.4. Bij brief van 30 maart 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 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.

3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 7 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 juli 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 8 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 8 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 10 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016091000) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het door de zorgverzekeraar gehanteerde zorgproduct 069499006 het meest passend is bij een operatieve ingreep bij carpaal tunnel syndroom (CTS). Een operatieve ingreep in het kader van CTS is zorg met een planbaar karakter. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 6 september 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 28 september 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 3 oktober 2016 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 13 oktober 2016 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 neurochirurg heeft op 21 juli 2015 over verzoeker het volgende verklaard: "(...) *pseudo radicale cervicaal li al ± 5 mnd. Gaarne een EMG voor de n. medianis li bij de neuroloog. Tevens indicatie voor een MRI CWK voor uitsluitend degeneratief CWK m.n. li en/of HNP C5-6 li / C6-7 li.*"
- 4.2. Verzoeker heeft in de periode van 22 juni 2015 tot 26 augustus 2015 zorg genoten in Suriname. In korte tijd had hij ernstige toenemende continue pijn in de linkerschouder en er was sprake van immobiliteit van de linkerarm. Verzoeker kon eigenlijk niets meer doen. Hij heeft zich tot de huisarts (in Suriname) gewend die hem doorverwees naar de fysiotherapeut. Deze constateerde na drie behandelingen geen verbetering en vermoedde een neurologische oorzaak. Verzoeker is hierop teruggegaan naar de huisarts die hem doorstuurde naar de neurochirurg. Op dat moment, meer specifiek op 13 juli 2015, is telefonisch contact opgenomen met de alarmcentrale van de zorgverzekeraar. Volgens de neurochirurg waren er twee mogelijkheden. De eerste mogelijkheid was dat de pijn afkomstig was uit de nek, en daarvoor zou een MRI moeten worden gemaakt. De tweede mogelijkheid was dat de pijn werd veroorzaakt door een carpaal tunnel syndroom (hierna: CTS). Hiervoor zou verzoeker zich tot de neuroloog moeten wenden voor een EMG. Dit laatste is geschied en de neuroloog constateerde CTS. Verzoeker is geopereerd en nadien hebben diverse controles en wondbehandeling plaatsgevonden. Inmiddels is verzoeker genezen.
- 4.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar drie keer verzocht de declaratie te honoreren, en telkenmale volgde een afwijzing. Deze afwijzingen zijn incongruent, en bevatten onjuistheden en onwaarheden. In de eerste afwijzing stelde de zorgverzekeraar dat noch bij hem, noch bij de alarmcentrale een melding bekend was, en dat daarom geen recht bestond op vergoeding. In de derde afwijzing kwam de zorgverzekeraar ineens op de proppen met de inhoud van een gesprek tussen verzoeker en de alarmcentrale. Verzoeker stelt dat de alarmcentrale het spoedeisende karakter van de onderhavige zorg heeft vastgesteld door hem mede te delen dat het behandeltraject direct kon worden gestart, en door in te gaan op zijn vragen. Dat de alarmcentrale verzoeker geen toestemming zou hebben gegeven voor de MRI en de vervolghandelingen, is een verdraaiing van de werkelijkheid. De alarmcentrale heeft gezegd dat in het geval verzoeker een MRI wilde declareren, hij waarschijnlijk



een doktersverklaring zou moeten overleggen waarin de noodzaak werd omschreven. De bewering van de zorgverzekeraar dat de medische dienst daarover eerst een uitspraak moet doen is daarmee bewezen onjuist. Overigens is de hele door de zorgverzekeraar weergegeven inhoud van het gesprek niet erg geloofwaardig. Niemand schiet 'liever' kosten voor. Verzoeker heeft om precies te zijn niet gezegd de kosten liever eerst voor eigen rekening te nemen; er is enkel mee ingestemd om het op die manier te regelen omdat verzoeker verwachtte dat de behandeling dan met de grootst mogelijke spoed kon worden uitgevoerd. Het begrip 'planbare zorg' is verzoeker pas als zodanig bekend geworden en uitgelegd lang nadat de correspondentie met de zorgverzekeraar op gang was gekomen. Nota bene geeft de zorgverzekeraar in zijn brief van 23 december 2015 toe dat de onderhavige zorg in eerste instantie *niet* is beoordeeld als planbare zorg.



Voorts is het curieus dat de zorgverzekeraar alleen de kosten van de operatie wil vergoeden. Een operatie volgt naar aanleiding van een diagnose, die wordt gesteld door een specialist aan de hand van onderzoeken. In het geval van verzoeker heeft neurologisch onderzoek door de neuroloog plaatsgevonden en een MRI in opdracht van de neurochirurg. Onderzoeken worden uitgevoerd naar aanleiding van een consult, zodat in het geval van verzoeker meerdere consulten hebben plaatsgevonden. De consulten en onderzoeken zijn cruciale onderdelen van de behandeling. Verzoeker heeft het gevoel dat de zorgverzekeraar voor de zoveelste keer onder de vergoeding probeert uit te komen. Het is opmerkelijk dat de 'tegemoetkoming' net iets lager is dan het eigen risico van verzoeker. Dit gedrag van de zorgverzekeraar kan niet worden geaccepteerd. Het gaat feitelijk om het financieel tekort doen van een verzekerde. Het is verontrustend dat de zorgverzekeraar geen respect heeft voor verzoeker als verzekerde, en niet in het belang van de verzekerde handelt. Enkel het eigenbelang van de zorgverzekeraar - dat tegengesteld is aan het belang van verzekerden/patiënten - lijkt belangrijk. Dit past niet binnen de Nederlandse samenleving.



4.4. Met het voorstel van de zorgverzekeraar om een bedrag na te betalen voor de operatie, is geen genoegen genomen. Verzoeker meent recht te hebben op een volledige kostenvergoeding.



4.5. Met betrekking tot de afgesloten verzekering geldt het volgende. Verzoeker heeft jaren geleden op aanraden van de zorgverzekeraar de zorgverzekering afgesloten mét een buitenlandclausule. Toen het zorgverzekeringsstelsel wijzigde heeft verzoeker - omdat hij en zijn echtgenote nooit ziek zijn en daardoor weinig tot niets te maken hebben met vergoedingen - helaas onvoldoende opgelet. Verzoeker weet zodoende niet meer precies hoe een en ander is verlopen, maar administratief is het logisch dat de zorgverzekeraar verzoeker een voorstel heeft gedaan voor een verzekering in de nieuwe situatie en dat verzoeker naar aanleiding daarvan in de naturapolis is 'gerold', niet wetende dat een restitutiepolis had moeten worden afgesloten. Overigens was verzoeker niet eens op de hoogte van het bestaan van een restitutiepolis. Met deze term is hij pas bekend geraakt nadat begin 2015 telefonisch contact met de zorgverzekeraar had plaatsgevonden inzake een kleine ingreep die zijn echtgenote eind 2014 had ondergaan. Toen bleek dat ongewild een naturapolis was afgesloten en heeft verzoeker getracht deze om te zetten naar een restitutiepolis. Hierop kreeg verzoeker nul op rekest, want tussentijds wijzigen van de polis was niet mogelijk. Hiermee heeft de zorgverzekeraar verzoeker de vergoeding van zorg in het buitenland voor 2015 bewust deels willen onthouden c.q. deze willen saboteren.



4.6. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat indertijd de alarmcentrale is ingelicht en dat een 'go ahead' is gegeven. In dit - prettige - gesprek met de alarmcentrale werd gevraagd wat er was gebeurd, wanneer verzoeker en zijn echtgenote waren vertrokken uit Nederland, en wanneer zij terug zouden reizen. De alarmcentrale heeft geïnformeerd of iets voor verzoeker en zijn echtgenote kon worden gedaan. Hierop heeft de echtgenote van verzoeker 'nee' geantwoord, aangezien zij en verzoeker bekend zijn in Suriname. Daarnaast werd nog de vraag gesteld hoe men wilde declareren. De alarmcentrale heeft gewaarschuwd dat de MRI door de behandelaar in Nederland zou worden beoordeeld; voor de rest was het in orde. Vervolgens is een en ander in gang gezet en zijn onderzoeken uitgevoerd. Het bleek te gaan om CTS. Kennelijk gaat het om het verschil tussen spoedeisend en planbaar. De vraag is wat verzoeker anders had moeten doen. Teruggaan naar Nederland was niet zinvol, aangezien de oplossing hetzelfde zou zijn geweest. Bovendien was verzoeker niet in staat terug

te reizen. Hij had een probleem waarvoor een verzekering is afgesloten. Daarbij zijn de kosten van zorg in Suriname verwaarloosbaar vergeleken met Nederland, terwijl de artsen in Nederland of de Verenigde Staten zijn opgeleid. Tot slot heeft verzoeker gesteld dat de vergoeding voor de operatie vrijwel gelijk is aan het eigen risico, zodat de zorgverzekeraar daarmee mooi weg komt. De zorgverzekeraar heeft fouten gemaakt en geeft dit ook toe. Het kan niet waar zijn dat met het aanbieden van excuses de zaak is afgedaan.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoeker is vanaf 1 januari 2012 bij de zorgverzekeraar verzekerd met enkel de zorgverzekering. In zijn e-mailbericht van 9 december 2011 heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar geïnformeerd naar het voor hem meest geschikte verzekeringspakket. De schriftelijke reactie hierop (12 december 2011) van de medewerker was dat verzoeker kon kiezen voor de zorgverzekering met een aanvullende verzekering. Verzoeker heeft echter niet gekozen voor een aanvullende verzekering. Wat de reden hiervan is, is niet bekend.

5.2. Acute spoedeisende zorg in het buitenland is medische zorg die *niet* kan wachten tot men terug is in Nederland en waarvan *vooraf niet* bekend is dat deze zorg moet plaatsvinden. De behandeling moet medisch gezien direct (binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht) nodig zijn. Als iemand medisch gezien voor de behandeling naar Nederland zou kunnen reizen is geen sprake van spoedeisende hulp.

De alarmcentrale voert de zorgvragen voor de zorgverzekeraar uit.

Voor niet-spoedeisende hulp geldt dat een verzekerde dient te beschikken over een voorafgaande verwijzing van de huisarts.

Voor niet-spoedeisende behandelingen in het buitenland gelden dezelfde regels als voor de behandelingen in Nederland, de zogenoemde vergoedingseisen.

Vanaf 1 januari 2012 wordt in Nederland medisch specialistische zorg gedeclareerd door middel van een DBC. Ziekenhuizen worden per 1 januari 2012 afgerekend op basis van zorgproducten. Een zorgproduct omvat alle zorgactiviteiten die horen bij een bepaalde diagnose en behandeling.

Ook voor zorg die in het buitenland heeft plaatsgevonden wordt een DBC vastgesteld. Dit vindt altijd achteraf plaats op basis van de ingediende nota's en het behandelverslag van de arts. Aan een DBC is een vergoeding gekoppeld.

5.3. De klachten van verzoeker waren vóór zijn vertrek naar Suriname al bekend. Deze klachten zijn verergerd. Uit de nota's blijkt dat verzoeker op 22 juni 2015 voor het eerst in Suriname naar de huisarts is geweest. Hij heeft op 24 en 29 juni en 2 juli 2015 fysiotherapeutische behandelingen gehad.

Op 13 juli 2015 heeft de partner van verzoeker een melding gedaan bij de alarmcentrale. In het gesprek is gemeld dat verzoeker was doorverwezen naar het ziekenhuis en dat een operatie gepland stond voor 21 juli 2015. Om te beoordelen of de alarmcentrale in deze iets voor verzoeker kon betekenen, heeft de alarmcentrale medegedeeld een medisch rapport nodig te hebben. De partner van verzoeker gaf aan liever de kosten zelf voor te schieten en deze later te declareren. De alarmcentrale heeft in het gesprek het verschil tussen planbare zorg en spoedeisende zorg besproken. Van het voorgaande is geen schriftelijke notitie beschikbaar; het is telefonisch van de alarmcentrale vernomen.

Aan verzoeker is geen toestemming gegeven voor de MRI of voor de vervolgbehandelingen. Zodoende staat vast dat de behandelingen die verzoeker in Suriname heeft ondergaan geen spoedeisende zorg, maar planbare zorg betreffen.

Op 21 juli 2015 is verzoeker op consult geweest bij de specialist en heeft hij diagnostische onderzoeken gehad. Op 23 juli 2015 heeft de operatie plaatsgevonden. De zorgverzekeraar stelt dat in de situatie van verzoeker *geen* sprake was van spoedeisende zorg zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden.

- 5.4. Als beoordeeld is dat geen sprake is van spoedeisende zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, moet het dossier worden behandeld als zijnde geplande zorg. Dit is in het onderhavige geval niet gebeurd. Hiervoor zijn excuses aan verzoeker aangeboden. Het dossier is toen alsnog voorgelegd aan de adviserend geneeskunde, en die kwam tot het volgende.
Op basis van de door verzoeker ingediende gegevens is de DBC zorgproductcode 069499006 (declaratiecode 15E304) met omschrijving '*operatieve ingreep bij carpaaltunnelsyndroom*' vastgesteld. Het bijbehorende marktconforme tarief bedraagt € 740,54. Hierop is een restitutiekorting van 25% van toepassing. Verzoeker heeft zodoende volgens de verzekeringsvoorwaarden recht op een vergoeding van € 555,41 voor de operatie. Alleen de kosten die betrekking hebben op de operatie vallen onder deze DBC. Het verplicht eigen risico is van toepassing.
De (standaard)brief van 14 september 2015 vermeldt enkel dat de consulten niet worden vergoed. Verzoeker had echter de kosten van de gehele behandeling ingediend. Deze brief is dan ook enigszins onhandig, omdat verzoeker meer had gedeclareerd. Een andere afwijsbrief met betrekking tot de gehele behandeling is er niet, maar de volgende vergoedingen zijn toegekend.
a) Voor de medisch specialistische zorg die verzoeker heeft gehad is een DOT vastgesteld. Hierin zijn alle facetten van de behandeling van verzoeker, ook door de andere specialisten, meegenomen. De maximale vergoeding van deze DOT is € 555,41. Verzoeker heeft deze vergoeding nog niet gehad omdat de declaratie onvolledig is verwerkt. Dit is op 6 juli 2016 alsnog gedaan. Verzoeker heeft echter nog een deel van het eigen risico openstaan, waarvan € 188,58 aan verplicht eigen risico en € 300,-- aan vrijwillig eigen risico. De kosten zullen hiermee worden verrekend.
b) De kosten van de huisarts (€ 16,69) zijn eerder al vergoed conform de voorwaarden.
c) Een bedrag van € 8,45 voor geneesmiddelen is afgewezen. Dit betreft geneesmiddelen die niet onder de dekking van de verzekering vallen.
d) Een bedrag van € 61,58 voor fysiotherapie is afgewezen. De zorgverlener is niet ingeschreven in het volgens de voorwaarden verplichte kwaliteitsregister.
- 5.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar herhaald dat geen sprake is van spoedeisende zorg. In de DBC zit alles met betrekking tot de medisch specialistische zorg, dus niet de bezoeken aan de huisarts en de behandelingen fysiotherapie. Vergoeding van de fysiotherapie is afgewezen omdat de behandelaar niet is geregistreerd. Echter, fysiotherapie komt pas vanaf de 21e behandeling ten laste van de zorgverzekering, dus er bestaat hoe dan ook geen aanspraak op vergoeding. Het telefoongesprek met de alarmcentrale wordt niet bestreden. Er is hulp aangeboden en dit was niet nodig. Door de zorgverzekeraar zijn geen toezeggingen gedaan. Tot slot heeft de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat geen twijfel bestaat over de kwaliteit van de zorg in Suriname. Verzoeker heeft gekozen voor een naturapolis en als hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, zonder dat sprake is van spoedeisende zorg, wordt een korting toegepast. De verantwoordelijkheid voor de keuze voor een bepaalde verzekering kan niet bij de zorgverzekeraar worden gelegd.
- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 30 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering is omschreven wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen, laboratoriumonderzoek, mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

(…)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...) In het artikel ‘Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

(…)

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapten. (...) Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

(…)”

8.4. Op pagina 13 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op (onder meer) fysiotherapie omschreven. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“(…)”

Welke zorg

U heeft recht op fysiotherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar.

18 jaar of ouder

U heeft recht op fysiotherapie vanaf de 21e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op fysiotherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vindt u op de lijst die de minister

van VWS heeft vastgesteld. Dit is de lijst opgenomen in Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. (...)

Let op

U heeft geen recht op de eerste 20 behandelingen per aandoening. In de aanvullende verzekeringen van Menzis zijn een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in uw aanvullende verzekering. (...)

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemtherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkentherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie. (...)

Menzis heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen. (...) In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

In de volgende gevallen heeft u vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist, jeugdarts of tandarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- Als het gaat om een aandoening die staat op de hierboven bedoelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). Uw medisch specialist moet in dat geval de diagnose gesteld hebben. (...)"

- 8.5. De aanspraak op geneesmiddelen is omschreven op pagina 20 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Welke zorg

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. (...)

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op geneesmiddelen die uw arts voor gebruik door u bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts toegestaan als u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. In alle gevallen moet het gaan om rationele farmacotherapie. Dat wil zeggen dat behandeling plaatsvindt met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering. (...)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apotheekhoudend huisarts. Menzis heeft apotheken en apotheekhoudend huisartsen gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. U krijgt voor geneesmiddelen maximaal de apotheekinkoopprijs zoals deze geldt in de maand van aflevering, min een korting van 10%. Deze inkoopprijs is opgenomen in de Z-indextaxe (prijzlijst voor geneesmiddelen die maandelijks door het bedrijf Z-index wordt uitgegeven). De korting bedraagt maximaal €10 per receptregul. Voor de zorgkosten (bijvoorbeeld advies over geneesmiddelengebruik) geldt een maximum

vergoedingsbedrag. U kunt deze bedragen vinden op www.menzis.nl/vergoedingen.

Recept

U heeft een recept nodig van een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts.
(...)"

- 8.6. De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld op pagina 9 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 83/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

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 Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...) Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale (...). Schakelt u de Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg.
(...)"

- 8.7. Voormelde aanspraken zijn volgens artikel A1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Paramedische zorg, waaronder fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv.
Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv, en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.
- 8.9. 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 zorgverzekeraar 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

- 9.1. Gelet op de door partijen ingenomen standpunten is allereerst van belang de verzekeringssituatie vast te stellen, alsook de bijbehorende - relevante - dekking. Verzoeker heeft verklaard ongewild een naturaverzekering bij de zorgverzekeraar te hebben afgesloten. Hij heeft getracht deze om te zetten naar een restitutiepols, echter dit bleek (tussentijds) niet mogelijk. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker eind 2011 heeft geïnformeerd naar het voor hem meest geschikte verzekeringspakket, en dat aan hem is medegedeeld dat een zorgverzekering en een aanvullende verzekering konden worden afgesloten. Verzoeker heeft er om voor de zorgverzekeraar onbekende redenen voor gekozen enkel de zorgverzekering af te sluiten. De commissie merkt hiertoe op dat het de verantwoordelijkheid van een verzekerde is om bij het aangaan van de overeenkomst en vervolgens ieder jaar te bezien of de afgesloten verzekeringen nog passend zijn bij zijn/haar situatie. Een verzekeraar of bijvoorbeeld een assurantië tussenpersoon kan een verzekerde bij die keuze adviseren, maar de daadwerkelijke keuze en de verantwoordelijkheid liggen bij de verzekerde. Blijkens het polisblad heeft verzoeker vanaf 1 januari 2012 enkel de zorgverzekering afgesloten, met - naast het verplicht - een vrijwillig eigen risico van € 300,--. Deze zorgverzekering betreft een naturapolis. Een naturapolis biedt aanspraak op zorg van door de zorgverzekeraar daartoe gecontracteerde zorgaanbieders. Indien een verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, wordt op de vergoeding een restitutiekorting toegepast. De zorgverzekering kent tot op heden werelddekking.
- 9.2. Aangezien de onderhavige zorg niet in een EU/EER-lidstaat heeft plaatsgevonden, en met Suriname geen verdrag op het terrein van de sociale ziektekostenverzekering is gesloten, zal het eventuele recht op vergoeding uitsluitend moeten worden beoordeeld op basis van de zorgverzekering.
- 9.3. De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van medisch specialistische zorg, farmaceutische zorg en fysiotherapie. Ingevolge de voorwaarden van de zorgverzekering dient een verzekerde bij spoedeisende zorg in het buitenland contact op te nemen met de alarmcentrale van de zorgverzekeraar.
- 9.4. Verzoeker stelt dat hij, althans zijn partner, op 13 juli 2015 telefonisch contact met de alarmcentrale van de zorgverzekeraar heeft opgenomen. Er is toen medegedeeld dat het behandeltraject direct kon worden gestart. De alarmcentrale heeft gezegd dat in het geval verzoeker een MRI wilde declareren, hij waarschijnlijk een doktersverklaring zou moeten overleggen waarin de noodzaak hiervan werd omschreven. Het begrip 'planbare zorg' is door de alarmcentrale niet uitgelegd. Naar de commissie begrijpt, was verzoeker hierdoor in de veronderstelling dat de kosten volledig zouden worden vergoed. De zorgverzekeraar erkent dat op 13 juli 2015 telefonisch contact met (de partner van) verzoeker heeft plaatsgevonden. Volgens de zorgverzekeraar heeft de alarmcentrale medegedeeld een medisch rapport nodig te hebben. (De partner van) verzoeker heeft verklaard liever de kosten zelf voor te schieten en deze later te declareren. De alarmcentrale heeft in het gesprek het verschil tussen planbare zorg en spoedeisende zorg besproken. Aan verzoeker is geen toestemming verleend voor de MRI of de vervolgbehandelingen.
- 9.5. De commissie overweegt met betrekking tot de telefonische melding bij de alarmcentrale als volgt. Door verzoeker is gesteld dat tijdens voornoemd telefonisch contact is toegezegd dat volledige vergoeding zou volgend en dat terstond met het behandeltraject kon worden gestart. Dit is door de zorgverzekeraar gemotiveerd betwist, aldus dat, naar zeggen van de zorgverzekeraar, tijdens het bewuste telefoongesprek niet is gesproken over een toestemming/garantieverklaring voor (vergoeding van) de zorg. In een dergelijk geval - als enerzijds gesteld en anderzijds gemotiveerd betwist - ligt het op de weg van degene die heeft gesteld (i.e. verzoeker) om aannemelijk te maken

dat hem in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een volledige vergoeding voor de zorg is toegezegd. Verzoeker is hierin niet geslaagd.

Voorts geldt dat verzoeker wist, althans behoorde te weten, dat hij een naturapolis heeft afgesloten en dat hij daarom in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorgaanbieders (vgl. 9.1). Verder had verzoeker, aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden, ermee bekend kunnen zijn dat indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder - zoals in dit geval - maximaal 75 percent van het gemiddeld door de zorgverzekeraar voor die behandeling gecontracteerde tarief wordt vergoed.

- 9.6. De zorgverzekeraar is bij de vaststelling van de vergoeding uitgegaan van zorgproductcode 069499006 met omschrijving "*Snijdende specialismen | Carpaaltunnelsyndroom | Carpaaltunnelsyndroom operatief | Zenuwstelsel zenuw/-wortel/-plexus*". Het betreft een zorgproduct uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders', bedroeg het bijbehorende tarief € 551,41. Dit betreft 75 percent van het door de zorgverzekeraar gemiddeld gecontracteerde tarief. De zorgverzekeraar heeft genoemd bedrag aan verzoeker vergoed, en verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De commissie merkt in dit kader nog op dat een (vergoeding op basis van een) zorgproduct wordt geacht kostendekkend te zijn. Een separate vergoeding van bijvoorbeeld een consult of een onderzoek is derhalve niet aan de orde. Voorts geldt dat voor de trajecten bij de neurochirurg en de neuroloog, blijkens voornoemd advies van het Zorginstituut, geen aparte zorgproducten mogen worden toegepast.

- 9.7. De zorgverzekering biedt aanspraak op fysiotherapie, echter de eerste twintig behandelingen per aandoening zijn uitgesloten van vergoeding. Verzoeker is met de behandelingen fysiotherapie binnen dit aantal gebleven, zodat geen aanspraak bestaat op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Of de zorgverlener al dan niet is ingeschreven in het volgens de voorwaarden verplichte kwaliteitsregister kan derhalve in het midden blijven.

- 9.8. Tot slot geldt dat de kosten van geneesmiddelen ten bedrage van € 8,45 niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat door een apotheek of apotheekhoudende huisarts afgeleverde paracetamol bij kortdurend gebruik geen aanspraak in het kader van de zorgverzekering vormt.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 oktober 2016,

P.J.J. Vonk