

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, revalidatie Villa Cento Passi
Zaaknummer : 2009.00990
Zittingsdatum : 10 maart 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E,
tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 2 december 2008 geen machtiging te verlenen voor revalidatie in Villa Cento Passi te Gent (België) (hierna: de aanspraak).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Aanvullende Verzekering, Basis Tand en MiX Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 2 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 14 augustus 2009 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).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 13 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 januari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 2 februari 2010 respectievelijk 1 maart 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 19 januari 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 15 februari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010008422) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van multidisciplinaire medisch specialistische revalidatie als bedoeld in de Zvw, en dat de zorg die verzoeker heeft gekregen is te beschouwen als onderdeel van de medisch specialistische orthopedische zorg binnen de DBC electieve heupprothese.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 februari 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 2 maart 2010 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij na een heupoperatie in het Jan Palfijn ziekenhuis te Gent van 20 tot en met 28 januari 2009 opgenomen is geweest voor revalidatie in Villa Cento Passi. Het verblijf aldaar was medisch noodzakelijk, zo blijkt uit het schrijven van zijn behandelend arts van 13 november 2008. Doordat verzoeker is behandeld in Villa Cento Passi, is een langer verblijf in het ziekenhuis voorkomen. Het verblijf dient gezien te worden als een verlengstuk van het verblijf in het ziekenhuis. Het aantal "ligdagen" in het ziekenhuis is verkort met de periode dat verzoeker in het revalidatiecentrum verbleef. Indien verzoeker in het ziekenhuis was gebleven, hadden deze kosten ook door de ziektekostenverzekeraar moeten worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het verblijf in Villa Cento Passi ten bedrage van € 2.209,34 te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het bij revalidatie dient te gaan om onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard als en zover:
 - deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg

is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;

- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie dient uitgevoerd te worden door een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling, onder leiding van een medisch specialist.

- 5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat sprake moet zijn van een indicatie voor klinische revalidatie. Bij een heupoperatie is geen sprake van een indicatie, omdat men in dit soort situaties kan volstaan met een klinisch verblijf in een verpleeghuis. De ziektekostenverzekeraar is verder van mening dat Villa Cento Passi een particulier herstellingsoord is, en geen revalidatiecentrum, zodat verzoeker reeds op die grond geen recht heeft op vergoeding.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten verbonden aan het verblijf in Villa Cento Passi te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering.
Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

Artikel 15 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op revalidatie en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“geneeskundige zorg als bedoeld in artikel (...) 14 (medisch specialistische zorg), omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialisti-

sche, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Door:

multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. (...)

Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier relevant, aldus:

“De verzekerde die in Nederland woont (...) heeft naar keuze aanspraak op:

- *zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;*
- *zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 11.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;*
- *(...)*”

Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Waar:

in een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, revalidatie-instelling of zorghotel. (...)”

Artikel 11.4 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [de ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2009, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2009 gelijk aan het geldende Wmg-tarief. (...)”

In artikel 2.3 van de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in de verzekeringsvoorwaarden bestaat als

en voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.3. De artikelen 2.3, 9, 11.4, 14 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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 en revalidatie zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.1 Bzv bepaalt dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
Artikel 2.10 Bzv bepaalt dat 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, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de behandeling in het Jan Palfijn ziekenhuis te Gent, ten laste van de zorgverzekering. Hij heeft hiervoor van de ziektekostenverzekeraar een E 112-formulier verstrekt gekregen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of ook het aansluitende verblijf in Villa Cento Passi vergoed dient te worden.
- 9.3. Artikel 2.10 Bzv stelt geen regels met betrekking tot de instelling waarin het verblijf waarop ingevolge de zorgverzekering aanspraak bestaat, dient plaats te vinden. Blijkens de nota van toelichting is het aan de ziektekostenverzekeraar regels te stellen met betrekking tot de soort instelling waarin dient te worden verbleven. Daaraan heeft de ziektekostenverzekeraar voldaan door in de artikelen 15 en 34 van de zorgverzekering regels te stellen met betrekking tot het verblijf. De ziektekostenverzekeraar heeft een revalidatie-instelling in artikel 1 onder 58 van de zorgverzekering gedefinieerd als “een als zodanig toegelaten instelling”. In artikel 1 onder 35 van de zorgverzekering wordt het begrip ‘instelling’ nader gedefinieerd als “een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi)”. Artikel 5 van genoemde wet omschrijft een dergelijke instelling als volgt:

“Een organisatorisch verband dat behoort tot een bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorie van instellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat ingevolge artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet, moet voor het verlenen van die zorg een toelating hebben van Onze Minister.”

- 9.4 Niet gebleken is dat Villa Cento Passi kan worden aangemerkt als een instelling zoals bedoeld in artikel 5 WTZi.

In artikel 1 onder 35 van de zorgverzekering is bepaald dat eveneens als een instelling heeft te gelden: “een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen”. Raadpleging van de website van Villa Cento Passi en de gegevens in het dossier leidt niet tot de conclusie dat deze instelling in België zorg verleent in het kader van het aldaar bestaande sociale zekerheidsstelsel, dan wel dat de instelling zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen. Aangezien Villa Cento Passi niet kan worden aangemerkt als een revalidatie-instelling zoals bedoeld in de zorgverzekering, dan wel een ziekenhuis, heeft verzoeker ingevolge artikel 15 van de zorgverzekering geen aanspraak op het verblijf aldaar. Of hij al dan niet een indicatie had voor aanvullende revalidatiezorg kan in dit kader onbesproken blijven, aangezien het verblijf in Villa Cento Passi geen verzekerde prestatie vormt.

- 9.5 Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar kosten bespaart door het verblijf in Villa Cento Passi – doordat verzoeker anders meer ligdagen zou hebben gehad in het Jan Palfijn ziekenhuis – overweegt de commissie dat de beslissing een patiënt uit het ziekenhuis te ontslaan bij de behandelend arts ligt, en niet bij de ziektekostenverzekeraar. Naar moet worden aangenomen was verder verblijf in het ziekenhuis niet medisch geïndiceerd, zodat van een “besparing” niet kan worden gesproken. Overigens kent de zorgverzekering geen mogelijkheid van substitutie, in die zin dat kosten van zorg die niet tot de verzekerde prestaties behoort kunnen worden vergoed uit middelen die worden bespaard doordat zorg die wel tot de verzekerde prestaties behoort, door welke oorzaak dan ook, niet wordt genoten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6 De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor enkele met name genoemde herstellingsoorden. Daartoe behoort Villa Cento Passi niet, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 maart 2010,

Voorzitter