

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, farmaceutische zorg, vervoer
Zaaknummer : 2010.01873
Zittingsdatum : 5 januari 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4, 2.8, 2.14 Bzv, 2.5, 2.38, 2.39 e.v., bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

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

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Optimaal Utrecht afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tand is niet in geschil, en blijft daarom verder onbesproken. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 vergoeding van de in Brussel (België) gemaakte kosten van geneeskundige zorg en farmaceutische zorg, alsmede vervoerskosten (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsberichten van 31 december 2009, 17 februari, en 19 mei 2010 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 18 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 6 september 2010 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, alsmede vergoeding te verlenen voor de eigen bijdrage van € 100,-- vanwege de toevoeging van een advocaat (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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 verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 november 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 november 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 december 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld af te zien van horen.
- 3.7. Bij brief van 22 november 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 7 december 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010138081) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd. Nu verdere behandeling ook mogelijk was in Nederland, is verzoeker niet geïndiceerd voor vergoeding van de reiskosten. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker is op 5 januari 2011 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 6 januari 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 11 januari 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Tijdens zijn verblijf in Brussel, van 8 tot en met 22 september 2009, heeft verzoeker buikklachten gekregen. Na behandeling van de buikklachten is hij naar Nederland teruggekeerd. Vervolgens is hij ook voor de verdere behandelingen naar Brussel gegaan. De hiermee verband houdende kosten van vervoer per trein zijn door verzoeker tezamen met door hem gemaakte kosten van farmaceutische zorg gedeclareerd.
 - 4.2. Uit de tussen partijen gewisselde correspondentie blijkt dat nota's ter zake van farmaceutische zorg zijn afgewezen omdat deze kosten zijn gemaakt buiten de vakantieperiode. In de verzekeringsvoorwaarden is evenwel geen beperking tot 'de vakantieperiode' opgenomen.
 - 4.3. Hoewel toegezegd bij brief van 18 mei 2010, is de ziektekostenverzekeraar niet alsnog tot vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg, zoals die staan vermeld op het uitkeringsbericht van 17 februari 2010, overgegaan.

- 4.4. Met betrekking tot de nazorg te Brussel, is de stelling van verzoeker dat kosten zijn bespaard omdat een Nederlandse arts zich niet in het dossier hoefde te verdiepen. Er is aldus grond de gedeclareerde reiskosten te vergoeden.
- 4.5. De kosten van geneeskundige zorg zijn niet volledig vergoed, waardoor een bedrag van € 100,56 voor rekening van verzoeker is gebleven. De ziektekostenverzekeraar heeft ten aanzien daarvan gesteld dat hij een voorlopige DBC-code heeft gehanteerd, in afwachting van een tegenbericht van de Belgische arts. Onduidelijk is hoe dit verder wordt afgehandeld.
Omdat het verzoeker niet lukte om zelf, dan wel met hulp van het Juridisch Loket, tot een oplossing met de ziektekostenverzekeraar te komen, moest deskundige bijstand worden ingeroepen. De daarmee gemoeide kosten ter hoogte van € 100,- dienen dan ook te worden vergoed, en wel op grond van artikel 6:96 BW.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat niet is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar nadere informatie heeft opgevraagd bij de arts in België. De opmerking van het CVZ dat de ziektekostenverzekeraar zich voldoende zou hebben ingespannen snijdt daarom geen hout. Verder zouden de kosten van farmaceutische kosten niet meer in het geding zijn. Ondanks de door de ziektekostenverzekeraar gedane toezegging heeft echter nog geen betaling plaatsgevonden.
- 4.7. 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 dat de kosten van geneeskundige zorg niet volledig zijn vergoed daar de diagnose onvoldoende duidelijk is. Vooralsnog wordt DBC-code 110000061102 toegepast, een en ander in afwachting van een tegenbericht van de Belgische arts.
- 5.2. De ingediende treinkaartjes komen niet voor vergoeding in aanmerking. Er is namelijk sprake van planbare zorg, en niet van spoedeisende hulp tijdens het verblijf in België.
- 5.3. De kosten van farmaceutische zorg zijn aanvankelijk afgewezen omdat deze deels zijn gemaakt buiten de vakantieperiode, welke duurde van 8 tot en met 22 september 2009. Omdat het medicijnen betreft die ook in Nederland worden gebruikt, zullen deze kosten alsnog worden vergoed.
- 5.4. Voor vergoeding van de eigen bijdrage in de advocaatkosten van € 100,- ziet de ziektekostenverzekeraar geen grond. Het inroepen van de hulp van een advocaat is een vrije keuze van betrokkene en de hiermee gemoeide kosten behoren daarom voor zijn rekening te blijven.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden 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 ziektekostenver-

zekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door verzoeker in Brussel gemaakte kosten van geneeskundige zorg en farmaceutische zorg, alsmede de voerskosten te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarnaast maakt verzoeker aanspraak op vergoeding van buitengerechtelijke kosten.

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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners.

Artikel 2 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg en onderzoek bestaat. Voor zover hier van belang, luidt genoemd artikel als volgt:

"Omschrijving:

medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen."

Artikel 7 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering ziet op farmaceutische zorg. Het artikel bepaalt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

farmaceutische zorg omvat terhandstelling van:

a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar; (...)"

Het zittend ziekenvervoer is geregeld in artikel 10 b van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering. De bepaling luidt, voor zover hier van belang, aldus:

"b Zittend ziekenvervoer

Omschrijving:

medisch noodzakelijk vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in artikel 10 a (helikoptervervoer en ambulancevervoer), per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, per eigen auto of per door [naam ziektekostenverzekeraar] tot dat doel gecontracteerde taxi- of rolstoelbusvervoerder, over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer, indien sprake is van één van de navolgende situaties: (...)

Machtiging:

ja, vooraf aanvragen met het formulier medische verklaring Regeling ziekenvervoer."

Artikel 13 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering betreft de buitenlanddekking en luidt, voor zover hier van belang, aldus:

- “1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene voorwaarden van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Een en ander onverminderd het bepaalde in lid 6.*
- 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:*
a aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
b aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgverlener die door zijn zorgverzekeraar in het woonland is gecontracteerd;
c aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. (...)”

- 8.3. De artikelen 2, 7, 10 b en 13 van de ‘Aanspraken’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de ‘Algemene Voorwaarden’ 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang beschreven in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.5 en 2.39 e.v. Rzv, alsmede bijlagen 1 en 2. Het zittend ziekenvervoer is geregeld in artikel 2.14 Bzv en nader uitgewerkt in artikel 2.38 Rzv. Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In artikel 13 onder b van de aanvullende ziektekostenverzekering is een vergoeding opgenomen voor de wettelijke eigen bijdrage in het kader van medisch noodzakelijk zittend ziekenvervoer dat krachtens de hoofdverzekering wordt verstrekt. Artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de vergoeding in geval van spoedeisende hulp in het buitenland. Voor zover hier van belang luidt de bepaling:

“Omschrijving:

Spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studiedoeleinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal 12 maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan: hulp die redelijkerwijs niet was te voorzien bij vertrek en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland (of woonland).

Vergoeding:

- geneeskundige kosten, in aanvulling van d vergoeding op basis van de hoofdverzekering of verdrag;

- volledig, werelddekking;

(...)

Bijzonderheden:

(...)

- geneesmiddelen worden uitsluitend vergoed onder overlegging van het doktersvoorschrift;

(...)

- [naam ziektekostenverzekeraar] kan besluiten om kosten van behandeling in het buitenland te vergoeden. Voorwaarde hiervoor is dat de toestemming wordt gegeven voordat de behandeling plaatsvindt. [Naam ziektekostenverzekeraar] zal alleen toestemming geven, als er sprake is van een uitzonderlijke situatie en behandeling in het buitenland naar het oordeel van [naam ziektekostenverzekeraar] medisch noodzakelijk is.

(...)

Het recht op vergoeding van ziektekosten bestaat uitsluitend als voldaan is aan de volgende voorwaarden:

(...)

- de hulpverlening heeft een spoedeisend karakter en kan niet worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland;

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Voor de kosten van de geneeskundige behandeling geldt dat het op de weg van de verzekerde ligt ervoor zorg te dragen dat de nota's op zodanige wijze worden gespecificeerd dat, zonder verdere navraag, hieruit door de ziektekostenverzekeraar kan worden opgemaakt tot welke vergoeding deze is gehouden. Deze verplichting is vastgelegd in artikel 9 lid 1 onder f van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering.
- 9.2. De door verzoeker ingediende nota's zijn niet voldoende gespecificeerd. In plaats van deze af te wijzen, heeft de ziektekostenverzekeraar een "voorlopige DBC-code" gehanteerd, in afwachting van informatie van de Belgische arts. Gezien de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen verplichting lag het op de weg van verzoeker de arts hierover te benaderen. Blijkbaar is dit niet gebeurd. Ook anderszins heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat de "voorlopige DBC-code" 110000061102 niet correct is. De commissie concludeert daarom dat het door de ziektekostenverzekeraar vergoede bedrag voor juist moet worden gehouden.
- 9.3. Aangezien in Nederland de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) wordt geacht het gehele behandeltraject te omvatten, en er geen aanwijzingen zijn dat een nieuwe of andere DBC, naast de "voorlopige DBC-code", mocht worden geopend, heeft de ver-

goeding betrekking op alle verleende geneeskundige zorg in verband met de buikklachten, zowel tijdens de vakantieperiode als daarna.

- 9.4. Met betrekking tot de farmaceutische zorg stelt de commissie vast dat door de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 18 mei 2010 wordt verklaard: "Onze medische adviseur is van mening dat de gedeclareerde medicatie ook allemaal in Nederland word[t] gebruikt. Wij zullen deze alsnog vergoeden." Gelet op de stelling van verzoeker ter zitting gaat de commissie ervan uit dat de betreffende kosten inmiddels zijn vergoed, dan wel alsnog op korte termijn zullen worden vergoed.
- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat bij verzoeker geen sprake is van één van de onder artikel 10 b van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bedoelde situaties, zodat dient te worden getoetst aan de hardheidsclausule. Door de zorgverzekeraars wordt in dat verband wel gebruik gemaakt van een formule, opgesteld door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De commissie begrijpt dat deze wordt gehanteerd als middel, op basis van een onderlinge afspraak tussen de zorgverzekeraars, ter bevordering van een zowel consistente als eenvormige toepassing van de zogenoemde hardheidsclausule, zonder daarmee overigens de mogelijkheid van het op andere wijze vaststellen van onbillijkheid van overwegende aard uit te sluiten. Bedoelde formule luidt als volgt:

aantal (maanden) x **aantal** (x per week) x 4 (weken in een maand) x {**aantal** (km enkele reis) x 0,25 (weging)} = X (op basis van enkele afstand)

Hierbij kunnen de vetgedrukte aantallen variabel ten opzichte van elkaar worden ingevuld om tot een getal onder of boven de 250 te komen. Daar waar sprake is van een gelijke of hogere waarde, heeft de verzekerde aanspraak op basis van de hardheidsclausule.

Nu in de situatie van verzoeker sprake is van zeer incidenteel vervoer, zodat de uitkomst van de formule minder dan 250 bedraagt, en ook overigens niet aannemelijk is dat het niet vergoeden van de kosten van de treinkaartjes leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard, dienen de daarmee gemoeide kosten voor zijn rekening te blijven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Waar het gaat om de aan verzoeker verleende geneeskundige zorg, stelt de commissie vast dat niet is gebleken dat hiervoor de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is gevraagd, laat staan dat deze is verkregen, zoals vereist op grond van artikel 14. Verdere vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is daarom niet aan de orde.
- De aanvullende ziektekostenverzekering kent, op het punt van de kosten van ziekenvervoer, uitsluitend dekking voor zover het de op grond van de zorgverzekering verschuldigde eigen bijdrage betreft. Zoals hiervoor is overwogen, bestaat in de situatie van verzoeker geen aanspraak op zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering, zodat ook op dit artikel in de aanvullende verzekeringsvoorwaarden niet met succes een beroep kan worden gedaan.
- 9.5. Onder de gegeven omstandigheden ziet de commissie geen grond voor toewijzing van de gevorderde kosten van deskundige bijstand ad € 100,-.

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, 19 januari 2011,

Voorzitter