

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D
Zaak : Verenigde Staten, geneeskundige zorg, antibiotica en
antihistamine per infuus, toegediend door zus, verblijfkosten
Zaaknummer : 2013.00242
Zittingsdatum : 6 november 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4, 2.10 en 2.11 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Aanvullende verzekering en het Tand Beter Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van verpleging en verblijf, gemaakt in de Verenigde Staten (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 19 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij ongedateerde brief, ontvangen op 20 augustus 2013, heeft verzoekster 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).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 september 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 september 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 september 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 november 2013 medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Verzoekster heeft op 4 november 2013 medegedeeld alsnog af te zien van de mogelijkheid tot horen.
- 3.8. Bij brief van 24 september 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 oktober 2013 (zaaknummer 2013117602) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorg niet is verleend door een in artikel 32 van de zorgverzekering daarvoor aangewezen instelling. Een afschrift van het CVZ-advies is op 22 oktober 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar is op 6 november 2013 telefonisch gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 25 november 2013 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 26 november 2013 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 verzoekster

- 4.1. Tijdens een vakantie bij haar zus en haar zwager in Dodgeville (VS) werd verzoekster ernstig ziek en moest zij worden opgenomen in het plaatselijke ziekenhuis. Omdat verzoekster 's nachts hoge koorts kreeg moest zij een dag later per ambulance worden vervoerd naar een ziekenhuis in Wisconsin. Hier werd zij behandeld met een infuus met antibiotica.
- 4.2. Omdat het na enige dagen beter ging met verzoekster, en zij zich bewust was van de hoge kosten van een ziekenhuisopname, is zij naar het huis van haar zus gegaan. De zus van verzoekster is een geregistreerd verpleegkundige, en zij heeft verzoekster viermaal per dag een infuus met antibiotica gegeven. De zoon van verzoekster bleef gedurende de dag bij haar, omdat zij niet alleen mocht zijn. Dit was mede in verband met haar allergie voor antibiotica, waarvoor zij een hoge dosis antihistamine kreeg toegediend.
- 4.3. De zus van verzoekster heeft kosten moeten maken voor de verzorging van verzoekster, omdat zij op die tijden niet kon werken. In de VS betaalt iemand voor zijn vrije dagen. Haar zus heeft per dag € 250,- gerekend, welk bedrag verzoekster aan haar heeft voldaan. Indien de zorg was verleend door Home Health Care, hadden de kosten \$ 932,- per dag bedragen. Verzoekster vond dit bedrag veel te hoog.

4.4. De reisverzekering van verzoekster heeft een gedeeltelijke vergoeding gegeven voor de dagen dat verzoekster langer in de VS is verbleven. Voor haar zoon, die ZZP'er is en inkomen is misgelopen, is vooralsnog geen vergoeding verleend.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verpleging omvat ook zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze zorg gepaard gaat met verblijf. Of de kosten vergoed worden vanuit de zorgverzekering of vanuit de AWBZ is afhankelijk van de verantwoordelijkheid voor de geleverde zorg. Ligt de verantwoordelijkheid bij de huisarts, dan is een vergoeding mogelijk vanuit de AWBZ. Indien de verantwoordelijkheid bij de medisch specialist ligt, kan de zorg worden vergoed vanuit de zorgverzekering. De nota van Upland Hills Home Care is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Deze thuiszorgorganisatie is namelijk verbonden aan een ziekenhuis.

5.2. De overige zorg is niet geleverd door een ziekenhuis of thuiszorgorganisatie, maar door de zus van verzoekster. Dit is de reden dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van deze zorg niet vergoedt.

5.3. Verzoekster voert in dit kader aan dat haar zus werkzaam is als verpleegkundige in een ziekenhuis, en dat zij de ziektekostenverzekeraar op deze manier veel kosten heeft bespaard. Deze argumenten zijn echter niet van invloed op de beslissing de onderhavige kosten niet te vergoeden.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 gecontracteerd.

teerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg, waaronder verpleging, bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen: (...)

verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. U hebt recht op deze zorg als alleen uw medisch specialist eindverantwoordelijk is of wijziging in de behandeling kan aanbrengen. Ook moet het gaan om handelingen die tot het specifieke zorgarsenaal van de medisch specialist behoren. Deze zorg omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg (zorg in de laatste levensfase); (...)

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)”

- 8.4. Artikel 32 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op verblijf en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op 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 maximaal 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, of revalidatie-instelling dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) deze stelt aan een instelling. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)”

- 8.5. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EERland of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)*”

8.6. Artikel 1.4 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2012, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. (...)”

8.7. Artikel 1.5 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota’s rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota’s moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering gebracht. Voor de omrekening van buitenlandse nota’s in euro’s gebruiken wij de historical rates van XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. U kunt nota’s tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.”

8.8. De artikelen 1.4, 1.5, 9, 14 en 32 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.9. 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. Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verpleging in artikel 2.11 Bzv.

8.10. 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 ziektekostenverzekeraar 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien de zorg aan verzoekster is verleend in het huis van haar zus, en derhalve niet in een ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of in een revalidatie-instelling, heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten van verblijf, als bedoeld in artikel 34 van de zorgverzekering.
- 9.2. Voorts staat vast dat verzoekster door een medisch-specialist uit het ziekenhuis is ontslagen, en dat deze ermee akkoord was dat de zus van verzoekster de infusen zou verzorgen. Ook staat niet ter discussie dat de zus van verzoekster verpleegkundige is. In beginsel heeft verzoekster daarom aanspraak op een vergoeding ter hoogte van maximaal 80 percent van het Wmg-tarief.
- 9.3. Aangezien de zus van verzoekster geen nota's heeft verstrekt, en de thans gevorderde vergoeding geen betrekking heeft op de kosten van de verleende zorg maar – voor zover door verzoekster toegelicht – op de kosten die haar zus heeft moeten maken vanwege het opnemen van vrije uren, ontbreekt iedere mogelijkheid tot controle door de ziektekostenverzekeraar en is niet voldaan aan artikel 1.5 van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar is daarom niet gehouden het bedrag van € 250,-- per dag voor verpleging te vergoeden.
- 9.4. Voor zover verzoekster een vergoeding vraagt voor de kosten die haar zoon heeft moeten maken onderscheidenlijk de door hem gederfde inkomsten, geldt dat zijn betrokkenheid is te duiden als mantelzorg. Mantelzorg vormt geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor verpleging en verblijf, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 4 december 2013,

Voorzitter