

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: EU/EER, geneeskundige zorg, spoedeisende zorg, pacemaker
Zaaknummer	: 2008.02176
Zittingsdatum	: 12 augustus 2009

Zaak: 2008.02176, EU/EER, geneeskundige zorg, spoedeisende zorg, pacemaker

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 16 januari 2008 de kosten van een operatie in Polen waarbij een pacemaker is geplaatst, niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. Tijdens een verblijf in Polen is op de afdeling cardiologie van het Samodzielny Publiczny Szpital vastgesteld dat verzoeker last had van "extrasystolie en aanvallende boezemfibrillaties". Hierop is besloten een pacemaker te implanteren. Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "het plaatsen van een pacemaker" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 9 oktober 2006 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 19 september 2008 heeft verzoeker zijn geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 24 november 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehou-

den is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.

- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 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.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 6 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 april 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en zorgverzekeraar hebben op 29 april respectievelijk 11 mei 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 15 april 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 14 mei 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29039022) de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker, indien daadwerkelijk sprake blijkt te zijn van acute zorg, in te willigen omdat op het moment van de opname alleen de arts ter plaatse deskundig was en het aan hem is om naar eer en geweten te handelen.
- 3.11. Bij brief van 28 mei 2009 heeft de commissie verzoeker om een nadere onderbouwing van de vertaling verzocht, omdat meerdere, van elkaar afwijkende originelen en vertalingen aanwezig waren.
- 3.12. Bij brief van 5 juni 2009 heeft verzoeker de juiste ziekenhuiskaart, welke rechtstreeks naar de zorgverzekeraar was verzonden, met de bijbehorende beëdigde vertaling aangeleverd.
- 3.13. Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 juni 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in september en oktober 2006 in Polen verbleef wegens familieomstandigheden. Daar is hij onwel geworden. Hij heeft zich als hartpatiënt gewend tot een cardioloog. Verzoeker stelt, in tegenstelling tot het standpunt van de zorgverzekeraar, dat sprake is van spoedeisende zorg, hetgeen hij onderbouwt met een verklaring van zijn Poolse cardioloog. Om deze reden is een verwijzing van een huisarts of medisch specialist niet ter zake doende. Bovendien gaat het om die reden om onvoorziene zorg. Dat hij hartpatiënt is, wil immers niet zeggen dat hij niet in een acute noodsituatie kan komen te verkeren.
- 4.2. Voorts stelt verzoeker dat hij in Polen direct is opgenomen op de intensive care afdeling. Zijn vrouw en een verpleegkundige hebben de administratie afgehandeld. Door de verpleegkundige is een melding gedaan van de opname en de operatie. Navraag bij de ANWB-alarmcentrale leert dat gegevens nog wel eens in het oude systeem worden opgenomen of dat door storing de melding niet altijd wordt geregistreerd. Het

feit dat de melding bij de ANWB niet is terug te vinden, wil derhalve nog niet zeggen dat de melding niet is gedaan.

- 4.3. Verzoeker stelt te mogen vertrouwen op het oordeel van de Poolse cardioloog. In zijn situatie kon hij overigens moeilijk anders.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 niet is gebleken dat verzoeker of het ziekenhuis in Polen contact hebben opgenomen met de ANWB-alarmcentrale. Als gevolg hiervan wordt de behandeling beoordeeld op basis van de behandelgegevens. Hieruit blijkt dat geen sprake is van spoedeisende zorg. In Nederland is verzoeker immers al geruime tijd bekend met hartritmestoornissen. Op basis van de Poolse medische gegevens is geen sprake van een acute opname-indicatie.
- 5.2. Voor niet spoedeisende, reguliere zorg dient een verwijzing van een huisarts dan wel medisch specialist te worden overgelegd. Hieraan voldoet verzoeker niet.
- 5.3. Verzoeker dient naar inhoud en omvang en vanuit het oogpunt van doelmatigheid aangewezen te zijn op de plaatsing van een pacemaker. De zorgverzekeraar stelt dat verzoeker geen indicatie had voor deze behandeling. Primair was de frequentie van 50/min niet dermate laag dat daarvoor een pacemaker nodig was. Sporters lopen van nature rond met een frequentie van 40/min. Bovendien gebruikte verzoeker medicatie die de frequentie verlaagt. Deze medicatie had eerst stopgezet moeten worden, hetgeen ook door de Nederlandse cardioloog van verzoeker was geadviseerd.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker een medisch noodzakelijke indicatie had voor de door hem in Polen ondergane operatie waarbij een pacemaker is geplaatst. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 8 van de zorgverzekering. Artikel 8.4 lid 1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Hierin is, voor zover hier relevant, het volgende bepaald:

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

Voorts wordt in artikel 8.2 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

“De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.”

De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 11 onder b van de zorgverzekering dat, voor zover in dit kader relevant, bepaalt:

“b. Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet-gecontracteerde zorgaanbieder overeenkomstig het WTG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Zorgverzekeraar betreft in zijn vaststelling de gebruikelijke kosten zoals de betrokken aanbieder die in rekening brengt, de gangbare kosten die soortgelijke aanbieders in rekening brengen, en de redelijkheid gegeven de omstandigheden.”

Vergoeding van kosten van zorg in het buitenland is geregeld in artikel 13 van de zorgverzekering Voor zover hier van belang wordt daarin bepaald:

*“a De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg te verlenen door een door zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder buiten Nederland.
b In het geval dat verzekerde de zorg inroept van een niet door zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten van zorg plaats conform het bepaalde in artikel 11.*

(...).“

- 7.3. De artikelen 8.2, 11 en 13 zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 Bzv is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De vraag naar de indicatie heeft de commissie expliciet aan het CVZ voorgelegd. Op basis van de in het dossier aanwezige medische gegevens is het CVZ tot de volgende conclusie gekomen:

“De gestelde spoedindicatie blijft dubieus, patiënt heeft een aantal jaren last van paroxismaal boezemfibrilleren. Aangezien de opnamebrief vermeldt dat er sprake is van spoedeisendheid zal hiervan uitgegaan moeten worden. De Nederlandse behandelaren en de medisch adviseur van de verzekeraar kunnen een goed oordeel geven, echter op het moment van de opname was alleen de arts ter plaatse deskundig. Het is aan de behandelend arts ter plaatse om naar eer en geweten te handelen. Al met al zou verzekerde het voordeel van de twijfel mogen verdienen. Dit zou nog afhangen van één nader te onderzoeken punt: de vertaling (d.d. 25 oktober 2007) van de ongedateerde verklaring over de spoedopname correspondeert niet met het oorspronkelijke stuk. Juist de alinea over “als spoedgeval” aangenomen (dik, onderstreept) lijkt niet voor te komen in het Poolse stuk.”

- 7.7. Bij brief van 6 september 2009 heeft verzoeker medegedeeld dat verwarring is ontstaan omdat hij destijds, op verzoek van de zorgverzekeraar, een tweede informatiekaart in Polen heeft aangevraagd. Omdat deze tweede informatiekaart na de vertaling rechtstreeks aan de zorgverzekeraar was gezonden, beschikte hij niet over een kopie daarvan. Bij voren genoemde brief is alsnog een kopie van de tweede informatiekaart met bijbehorende vertaling aangeleverd. Hieruit valt op te maken dat inderdaad sprake is geweest van acute zorg. Aangezien de vertaling door een beëdigd vertaalster is opgemaakt, ziet de commissie geen reden aan deze vertaling te twijfelen.
- 7.8. Op grond van vorenstaande komt de commissie tot de conclusie dat de behandeling in Polen met betrekking tot de plaatsing van een pacemaker in beginsel dient te worden vergoed, waarna ter beantwoording resteert de vraag naar de hoogte van de vergoeding.
- 7.9. Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding oordeelt de commissie als volgt. Desgevraagd is door het CVZ in voren genoemde advies medegedeeld dat Polen op het moment van de behandeling onder de werkingssfeer van EG-Verordening 1408/71 viel. Medisch noodzakelijke zorg, genoten in een Europese lidstaat, kan op twee manieren worden vergoed. Enerzijds op grond van EG-Verordening 1408/71, waarbij gedurende het verblijf in een andere Europese lidstaat dan Nederland, het tarief vergoed dient te worden zoals dat geldt volgens het socialezekerheidsstelsel van de betreffende Europese lidstaat. Anderzijds op grond van de zorgverzekering waarbij door de zorgverzekeraar het in Nederland geldende marktconforme bedrag dient te worden vergoed. Een redelijke uitleg van de overeenkomst brengt met zich dat voor verzoeker de onder omstandigheden meest gunstige regeling wordt toegepast.
- 7.10. De vergoeding voor het plaatsen van een pacemaker bij boezemfibrilleren naar Nederlands tarief overschrijdt het bedrag van de Poolse nota van € 1.791,67, zelfs na aftrek van de restitutiekorting. Derhalve kan in het onderhavige geval tarifiering achterwege kan blijven en dient de Poolse nota op grond van de zorgverzekering volledig

te worden vergoed.

7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe.

8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 12 augustus 2009,

Voorzitter