

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D en E. te F, in deze vertegenwoordigd door G te H
Zaak	: EU/EER, geneeskundige zorg, zenuwsparende radicale cystoprostatovesiculectomie met bilaterale pelviene lymfklierdissectie en ileale neoblaas volgens Studer
Zaaknummer	: 2009.00003
Zittingsdatum	: 26 augustus 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, en E te F, in deze vertegenwoordigd door G te H hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 26 september 2008 de door hem in Bern (Zwitserland) ondergane operatie niet volledig te vergoeden.

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 het Keuze Zorgplan (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoeker op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Aanvullende verzekering Excellent (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend uroloog in Nederland heeft in april 2008 bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "een pT2G3cN0M0 urotheelcarcinoom en carcinoma in situ van de blaas en de urethroprostatica". De Nederlandse zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een behandeling in het InselSpital te Bern (Zwitserland), bestaande uit een "zenuwsparende radicale cystoprostatovesiculectomie met bilaterale pelviene lymfklierdissectie en ileale neoblaas volgens Studer" ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Verzoeker heeft verzocht om vergoeding van de door hem gemaakte kosten. Bij brief van 26 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts tot een bedrag van € 8.762,60 is toegewezen.
- 3.3. Op 7 april 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft bij brief van 15 oktober 2008 aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Daarop heeft verzoeker geen reactie gekregen.

- 3.5. Bij brief van 27 december 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering in te willigen, en tot volledige vergoeding van kosten over te gaan (hierna: het verzoek).
- 3.6. Bij brief van 14 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 21 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 april 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 mei 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 23 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 10 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29043076) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen, omdat een dergelijke behandeling ook in Nederland tijdig had kunnen worden uitgevoerd en verzoeker al meer vergoed heeft gekregen dan op grond van de meest geëigende DBC-prestatiecode zou zijn uitgekeerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 augustus in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 30 september 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 6 oktober 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij op 6 maart 2008 vanuit het Bronovo ziekenhuis in Den Haag is verwezen naar het Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis (AvL) in verband met een infiltratief urotheelcarcinoom. Daar is de diagnose spierinvasief blaascarcinoom, bestaande uit een minstens pT2G3cN0M0 urotheelcarcinoom met aanwijzingen voor carcinoma in situ van de blaas en de urethroprostatieca gesteld. Met hem is de mogelijkheid van een radicale cystoprostatectomie met aanleg van een ileostoma besproken. Op 25 maart 2008 is hij voor een second opinion naar professor dr. Studer in het InselSpital en Bern (Zwitserland) gegaan, één van de bekendste urologen van Europa.

Deze heeft de diagnose die in Nederland is gesteld bevestigd.

Op 4 april 2008 is verzoeker op eigen verzoek vanuit het AvL doorverwezen naar professor dr. Studer in Zwitserland vanwege de lange wachttijd in het AvL alsmede het feit dat verzoeker al bekend was bij dr. Studer.

4.2. Verzoeker doet een beroep op artikel 3 lid B onder 2 en lid E van Hoofdstuk 2 van de zorgverzekering, de artikelen 2 lid 24 en artikel 3 van Hoofdstuk 5 van de aanvullende verzekering Excellent, alsook een beroep op artikel C van Hoofdstuk 6 van de Aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering en artikel 3 lid B van Hoofdstuk 8 van het Servicepakket. Hij stelt op grond daarvan recht te hebben op volledige vergoeding van de door hem in Zwitserland ondergane operatie, de reiskosten van en naar Zwitserland; en de verblijfskosten van zijn vrouw in Zwitserland op grond van het feit dat zij als begeleidster is meegegaan.

4.3. Ter zitting is door verzoeker nog aangevoerd dat men in het Bronovo geen nieuwe blaas kon maken. Via het internet kwam hij terecht bij dr. Struder, die de diagnose bevestigde. Twee dagen later kon verzoeker in het AvL terecht. Toen bleek dat de operatie pas zes tot zeven weken later zou kunnen worden uitgevoerd, terwijl deze in Zwitserland al binnen een week zou kunnen plaatsvinden. Verzoeker heeft telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, en een kopie van de verwijfsbrief opgestuurd. Eerst in mei kwam een reactie. De operatie was toen al uitgevoerd.

Destijds is hem verteld dat de ingreep tussen de € 40.000,-- en € 45.000,-- zou kosten. Het betreft een operatie van vijf tot zes uur, waarbij veel meer is gedaan dan het maken van een nieuwe blaas. Zo zijn ook lymfeklieren verwijderd. De behandelend arts noemde een bedrag tussen de € 25.000,-- en € 30.000,-- voor deze ingreep.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 hem niet mogelijk is de juiste hoogte van de vergoeding vast te stellen, omdat de door de arts van verzoeker aangeleverde codes (DBC-code 98, behandeling 313) onvoldoende is om een DBC-prestatiecode op vast te stellen. Pas na ontvangst van de DBC-prestatiecode kan een standpunt worden ingenomen.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat na overleg met de medisch adviseur een machtiging is afgegeven voor € 8.700,--. Volgens de informatie die verzoeker bij het AvL heeft ingewonnen, zou aldaar € 2.700,-- in rekening zijn gebracht. Navraag heeft opgeleverd dat de onderhavige ingreep ook in het Franciscus te Rotterdam wordt uitgevoerd, en dat het tarief daarvoor € 18.000,-- bedraagt. Het gaat daarbij om een tarief uit het B-segment, dat is overeengekomen door het moederbedrijf met het betrokken ziekenhuis.

5.3. De ziektekostenverzekeraar 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 en de aanvullende ziektekostenverzekering, 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 voor de onderhavige behandeling in Zwitserland, het ver-
voer van en naar Zwitserland, en het verblijf van zijn vrouw in Zwitserland gedurende
zijn opname aldaar, op grond van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziekte-
kostenverzekering, voor vergoeding van kosten in aanmerking komt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-
gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld
in 'Hoofdstuk 2' van de zorgverzekering.
Artikel 2 lid A van 'Hoofdstuk 2' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder
welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat. Voor zover relevant
wordt hier bepaald:

"Aanspraken geneeskundige zorg

*A Medisch-specialistische zorg (excl. Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg)
Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodza-
kelijk door een huisarts of bedrijfsarts. (...) De omvang van deze te verlenen zorg
wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.*

1. Ziekenhuisopneming

*Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opneming op basis van de laag-
ste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. (...) De aanspraak
omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het
verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hier-
onder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen,
hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opneming."*

Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding wordt in artikel 1 van 'Hoofdstuk 2'
van de zorgverzekering bepaald:

*"De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal het op het moment
van de levering van de zorg van toepassing zijnde (maximum)tarief op basis van de
Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Indien en voorzover, op basis van de
WMG, geen (maximum)tarief is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot
maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag".*

De vergoeding voor zorg in het buitenland is geregeld in artikel 3 van 'Hoofdstuk 2'
van de zorgverzekering, waarin voor zover hier relevant wordt geregeld:

"Buitenland

*A De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op vergoeding van kosten
voor zorg bedoeld als in Hoofdstuk 2, artikel 1 lid B van een zorgverlener of instelling
buiten Nederland.*

*B De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan
Nederland, heeft naar keuze:*

*1. aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling
van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of*

het desbetreffende verdrag;

2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:

- tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
- indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

(...)

E. In de gevallen bedoeld in lid A t/m D vindt, indien [naam ziektekostenverzekeraar] vooraf toestemming verleend voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats die meer kan bedragen dan de onder onderdeel A van dit artikel aangegeven vergoeding."

Met betrekking tot de Diagnose Behandeling Combinatie is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald in artikel 1 onder 8 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering:

"Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch--specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. (...)"

Artikel 2 lid 1 onder 2 van 'Hoofdstuk 2' van de zorgverzekering bepaalt met betrekking tot het zittend ziekenvervoer het volgende:

"Zittend ziekenvervoer

a. Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch noodzakelijk vervoer per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, per taxi of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- de verzekerde moet nierdialyse ondergaan;
- de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
- de verzekerde die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen moet vervoerd worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- het gezichtsvermogen van de verzekerde is zodanig beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt. [naam ziektekostenverzekeraar] kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt. Indien [naam ziektekostenverzekeraar] de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

b. Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de zogenaamde hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig en gedurende meerdere keren per week is aangewezen op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

(...)

d. Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding medisch noodzakelijk is dan wel het de begeleiding van een verzekerde jonger dan 16 jaar betreft. In bijzondere gevallen kan [naam ziektekostenverzekeraar] vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.

(...)

f. Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 85 per persoon per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

- 7.3. De artikelen 1, 2 en 3 van 'Hoofdstuk 2' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van 'Hoofdstuk 1' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- 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 worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen worden medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- Zittend ziekenvervoer per auto, niet zijnde een ambulance, is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.13, 2.14 en 2.15 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.38 Rzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In deze kwestie is van belang dat een verzekerde op grond van artikel 22 lid 1 sub c in samenhang met lid 2 van EG-Verordening 1408/71 voorafgaande aan de behandeling, bij zijn ziektekostenverzekeraar om een E 112-formulier kan verzoeken. Indien toestemming wordt geweigerd, kan achteraf worden getoetst of de toestemming op terechte gronden is onthouden.
- Een dergelijke toetsing hoeft, op grond van het arrest Stamatelaki (HvJ EG 19 april 2007, zaak C-444/05), niet te worden toegepast indien geen voorafgaande toestemming conform artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 is gevraagd.
- 7.7. De commissie stelt vast dat de eerste aanvraag van verzoeker om vergoeding van de onderhavige operatie in Bern, een brief is van zijn behandelend uroloog uit het AVL aan de ziektekostenverzekeraar, gedateerd op 4 april 2008. Verzoeker is reeds op 6 april daaropvolgend opgenomen in de kliniek in Bern.
- De commissie is van oordeel dat in deze situatie niet gesproken kan worden van een voorafgaand aan de behandeling ingediende aanvraag om toestemming als bedoeld in artikel 22 lid 1 sub c in samenhang met lid 2 van EG-Verordening 1408/71. De ziektekostenverzekeraar had immers geen reële mogelijkheid tot beoordeling. Dit klemmt te meer nu de commissie uit niets is gebleken dat de noodzaak van de behandeling dermate urgent was dat van verzoeker niet verwacht had mogen worden dat hij de ziektekostenverzekeraar een redelijke termijn zou gunnen om een dergelijk

verzoek tot toestemming te beantwoorden. Het feit dat de ziektekostenverzekeraar eerst op 30 september 2008 heeft gereageerd, doet aan vorenstaande niet af. De hoogte van de vergoeding voor de onderhavige operatie in Bern dient derhalve te worden vastgesteld op grond van de voorwaarden van artikel 3 onder B, sub 2, van hoofdstuk 2 van de zorgverzekering.

- 7.8. Met betrekking tot het tarief voor de onderhavige operatie oordeelt de commissie als volgt. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcode (DBC). De commissie stelt vast dat de door de ziektekostenverzekeraar een machtiging is verleend voor het bedrag van € 8.762,60, zonder nadere specificatie van de DBC-prestatiecode waarop dit bedrag is gebaseerd. Door de behandelend arts is medegedeeld dat DBC-prestatiecode 06.11.98.0098.0313, die ziet op “reguliere zorg/overige (zorgvraag)/blaastumoren/open operatie met klinische episode(n)”, de meest toepasselijke DBC-prestatiecode is. Dit standpunt komt de commissie niet onbegrijpelijk voor. Het betreft op het moment van de operatie een DBC-prestatiecode uit het A-segment. Vaststaat dat het bij die code behorende tarief € 2.847,95 bedraagt ten tijde van de aanvraag, zoals blijkt uit de NZa-Tariefapplicatie.
- 7.9. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Aangezien alle meegezonden rekeningen, behoudens die van reis- en verblijfskosten, betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn begrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie hierin geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-tariefcode is geëigend. Indien een ziektekostenverzekeraar om hem moverende redenen overgaat tot een hogere vergoeding, zal de commissie daar niet in treden.
- 7.10. Voor zover verzoeker vergoeding van de reiskosten en de verblijfskosten van zijn echtgenote vordert, oordeelt de commissie als volgt. Het verblijf van verzoekers echtgenote is niet te beschouwen als een verzekerde prestatie die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt. Voor zover verzoeker aanspraak maakt op de reiskosten, toetst de commissie aan artikel 2 lid 1 onder 2 van Hoofdstuk 2 van de zorgverzekering inzake het zittend ziekenvervoer.
- 7.11. In het geval van verzoeker is geen van de in artikel 2 lid 1 onder 2 onder a, eerste tot en met vierde liggend streepje, van ‘Hoofdstuk 2’ van de zorgverzekering genoemde specifieke situaties aan de orde. Derhalve resteert ter beantwoording de vraag of in het onderhavige geval sprake is van een situatie als bedoeld in onder b van dit artikel. In dat verband wordt een beroep gedaan op de door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) opgestelde formule.
- De commissie begrijpt dat deze formule wordt gehanteerd als middel, op basis van een onderlinge afspraak tussen de zorgverzekeraars, ter bevordering van een zowel consistente als eenvormige toepassing van de 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. Indien X groter is dan of gelijk is aan 250, heeft de verzekerde aanspraak op

vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer, op basis van de hardheidsclausule.

- 7.12. Uit de meegezonden stukken valt op te maken dat verzoeker de vergoeding wenst van de in 2008 gemaakte reizen naar Bern. Uit het dossier blijkt dat verzoeker in twee maanden twee maal naar Bern is gereisd. Deze aanspraak is in de polis gelimiteerd tot maximaal 200 kilometer enkele reis.

Wordt bovenstaande formule ingevuld op basis van het aantal ritten zittend ziekenvervoer in verband met een langdurige ziekte of aandoening (conform de polisvoorwaarden), dan leidt dit in de onderhavige zaak tot de volgende berekening:

$$2 \text{ (maanden)} \times 2/9 \text{ (keer per week)} \times 4 \text{ (weken in een maand)} \times \{200 \times 0,25\} = 88,8$$

Hieruit volgt dat niet is voldaan aan de norm van ten minste 250, zoals volgt uit de ZN-formule.

- 7.13. Naar het oordeel van de commissie kan niet worden volstaan met de enkele vaststelling dat verzoekster niet voldoet aan de criteria van de ZN-formule, doch dat aan de hand van alle door verzoekster naar voren gebrachte feiten en omstandigheden dient te worden nagegaan of afwijzing van de aanvraag voor zittend ziekenvervoer eventueel anderszins leidt tot een onevenredige hardheid.
- 7.14. In dit geval betreft het incidenteel vervoer. Gezien de aard van de aandoening, de frequentie van het vervoer en de reisafstand, is de commissie van oordeel dat in de situatie van verzoeker niet kan worden gesproken van een onbillijkheid van overwegende aard in de zin van artikel 2 lid 1 onder 2 onder b van 'Hoofdstuk 2' van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.15. Artikel 2 lid 24 van 'Hoofdstuk 5' van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt met betrekking tot het zittend ziekenvervoer, voor zover hier van belang, het volgende:

"Zittend ziekenvervoer voor zover dit verband houdt met verpleging, onderzoek of behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van [naam ziektekostenverzekeraar] komen en het vervoer wegens de gezondheidstoestand van verzekerde niet kan plaatsvinden met het openbaar vervoer. Indien verzekerde wordt vervoerd met een eigen auto bedraagt de vergoeding € 0,28 per kilometer. Indien op basis van de hoofdverzekering recht bestaat of zou kunnen bestaan op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer wordt de vergoeding vanuit de hoofdverzekering in mindering gebracht op de vergoeding op basis van deze aanvullende verzekering. De op basis van de hoofdverzekering verschuldigde eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer komt eveneens voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarde:

[Naam ziektekostenverzekeraar] moet vooraf toestemming hebben verleend via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of verzekerde recht heeft op vervoer en op welke vorm van vervoer verzekerde aanspraak kan maken. Informatie over ziekenvervoer is te vinden in de brochure Ziekenvervoer die op aanvraag wordt toegezonden en is in te zien op de website van [naam ziektekostenverzekeraar]."

Artikel 3 van 'Hoofdstuk 5' van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt met

betrekking tot spoedeisende zorg in het buitenland, voor zover hier relevant:

"Spoedeisende zorg

Medisch noodzakelijke spoedeisende zorg en tandheelkundige hulp wegens een ziekte of een ongeval tijdens de eerste 12 maanden van een verblijf in het buitenland voor vakantie, zakenreis of studiedoeleinden."

Artikel 3 lid B van 'Hoofdstuk 8', Servicepakket, bepaalt voor zover hier relevant:

"Wachttijdbemiddeling en zorggarantie:

In verband met wachttijden voor sommige behandelingen in de Nederlandse ziekenhuizen kunt u een beroep doen op zorgbemiddeling.

Een team van gespecialiseerde en gekwalificeerde medewerkers gaat op uw verzoek actief op zoek naar een andere zorginstelling met een kortere wachttijd. Of dat lukt en hoeveel tijd dat scheelt, hangt natuurlijk van de situatie af. Maar in verreweg de meeste gevallen is [naam ziektekostenverzekeraar] er tot nu toe in geslaagd met een sneller alternatief te komen.

(...)

Verzekerde kan zijn verzoek indienen bij [naam ziektekostenverzekeraar] Afdeling Zorgbemiddeling."

- 7.16. Met betrekking tot een aanvullende vergoeding op de onderhavige behandeling in Bern oordeelt de commissie dat niet gesproken kan worden van medisch noodzakelijke spoedeisende zorg, zodat reeds op die grond geen aanvullende vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering behoeft te worden verstrekt.
- 7.17. Met betrekking tot de aanspraak op vergoeding van zittend ziekenvervoer op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering, oordeelt de commissie als volgt. Door de ziektekostenverzekeraar is (gedeeltelijke) vergoeding van de operatieve ingreep in Bern verleend, zodat sprake is van een behandeling die gedeeltelijk voor rekening van de ziektekostenverzekeraar komt. Voorts kan van verzoeker, gezien zijn medische situatie, niet worden verwacht dat hij deze reis met het openbaar vervoer aflegt.
- 7.18. Nu echter is gebleken dat verzoeker niet beschikt over een voorafgaand aan de behandeling afgegeven toestemming van de door de ziektekostenverzekeraar daartoe expliciet aangewezen Vervoerslijn, en evenmin is gebleken van een voorafgaande aan de behandeling ingediende aanvraag voor zittend ziekenvervoer, komen de kosten van het vervoer naar en van de kliniek in Bern niet voor vergoeding in aanmerking.
- 7.19. Voor zover het verzoek ziet op wachtlijstbemiddeling oordeelt de commissie op grond van hetgeen onder punt 7.7. is gesteld, dat verzoeker daartoe geen aanvraag heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Het nalaten van wachtlijstbemiddeling kan derhalve in deze situatie de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.
- 7.20. Het beroep op artikel C van 'Hoofdstuk 6' van de Aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering kan niet slagen omdat verzoeker blijkens het polisblad niet is verzekerd voor deze aanvullende verzekering.
- 7.21. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 oktober 2009,

Voorzitter