

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door E vs C te D
Zaak	: EU/EER, geneeskundige zorg, klinische revalidatie na medisch noodzakelijke operatie; EU/EER, hulpmiddelen, Keilküssen, orthopädische Stützen en Strumpfhelfer; Zittend ziekenvervoer, reiskosten; Reis- en verblijfskosten echtgenoot en kinderen; Telefoonkosten; Immateriële schadevergoeding en wettelijke rente;
Zaaknummer	: 2009.00444
Zittingsdatum	: 23 september 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de, door de ANWB telefonisch doorgegeven, beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 13 juni 2008 de opname in het de REHA-kliniek ter revalidatie, diverse hulpmiddelen, reis-, verblijf- en parkeerkosten en telefoonkosten niet te vergoeden, alsmede tegen de latere beslissing een bedrag aan immateriële schadevergoeding en de wettelijke rente over de gevorderde vergoeding niet uit te keren.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering variant natura (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder had verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekering Vitaal en Zeker afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. Verzoekster heeft om vergoeding gevraagd van de onder 2 vermelde kosten (hierna: de aanspraak). Bij telefoongesprekken van 13 juni 2008 – met de ANWB – en 26 juni 2008 met de ziektekostenverzekeraar is aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Van 17 juli tot en met 14 augustus 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden, zij het dat verzoekster een week langer dan gepland opgenomen is geweest.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 28 november en 11 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 20 februari 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 7 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 mei 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Bij brief van 13 mei 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 4 september 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd over te gaan tot nader onderzoek naar de geplande beëindigingdatum van de vakantie, gedurende welke verzoekster initieel werd opgenomen in verband met een acute hernia, en op grond van de uitkomst daarvan dit geschil te beoordelen tegen het vigerende wettelijke stelsel. Een afschrift van het CVZ-advies is op 8 september 2009 aan partijen gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 mei 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 september 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 13 november 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 18 november 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 verzoekster

- 4.1. De behandelend revalidatiearts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "status na dorsale decompressie L2-3 met complicaties en status na centrale longembolie". Verzoekster en de zorgverlener hebben naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "klinische revalidatie voor drie weken" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Voorts is vergoeding gevraagd van diverse hulpmiddelen, reis-, verblijf- en parkeerkosten, en telefoonkosten.
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij in verband met medisch noodzakelijke zorg vanwege een lumbaalstenose op niveau L2-3 met uitvalsverschijnselen tijdens haar vakantie opgenomen is geweest. Op aandringen van EuroCross heeft op 13 juni 2008 de betreffende behandeling plaatsgevonden in de Universiteitskliniek van Rostock (Duitsland). Wegens het ontstaan van ernstige bloedingen als gevolg van het feit dat verzoekster bloedverduuners gebruikt, moest de operatie worden afgebroken. Omdat verzoekster hierna niet te mobiliseren was, is zij op 19 juni 2008 opnieuw geopereerd, waarbij een sekwester en een he-

matoom werden verwijderd, en de stenose door middel van een dorsale decompressie is opgeheven. Tijdens het genezingsproces trad een centrale longembolie (grootte III) beiderzijds op en kwam verzoekster terecht op de afdeling cardiologie.

Ter verbetering van de mobilisatie en revalidatie was volgens de Duitse behandelend arts aansluitend behandeling in de REHA-Kliniek (een revalidatiekliniek voor cardiologie en orthopedie) dringend geïndiceerd. Van 17 juli tot en met 14 augustus is zij opgenomen geweest in de REHA-kliniek in Seeheilbad Graal-Müritz (Duitsland).

- 4.3. Verzoekster kan zich niet vinden in de weigering van de ziektekostenverzekeraar de kosten van de opname in de revalidatiekliniek niet te vergoeden. Zij stelt daartoe dat de schriftelijke mededeling van haar behandelend arts in Duitsland, namelijk dat hij van oordeel was dat klinische revalidatie dringend geïndiceerd was, wordt ondersteund door zowel de bevindingen van EuroCross als de ANWB alarmcentrale. Uit het dossier van zowel de ANWB als van EuroCross blijkt dat op 23 juni 2008 een telefoongesprek heeft plaatsgevonden tussen EuroCross en de ANWB en dat laatstgenoemde van eerstgenoemde heeft vernomen dat het het beste is als verzoekster in Duitsland revalideert. Volgens de behandelend arts zou de revalidatie drie weken in beslag nemen.
- 4.4. De eis van de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster gerepatrieerd moest worden om in Nederland zo nodig poliklinisch te revalideren is voor verzoekster onbegrijpelijk, nu dit oordeel haaks staat op het advies van de behandelend arts in Duitsland. Deze heeft reizen over lange afstand met klem afgeraden in verband met het feit dat de stollingswaarden van het bloed nog niet in orde waren.
- 4.5. Verzoekster vordert primair vergoeding van de kosten van de klinische revalidatie in Seeheilbad Graal-Müritz, alsmede de kosten van enkele hulpmiddelen, te weten een Keilküssen ad € 20,--; orthopädische Stützen ad € 38,-- en een Strumpfhelfer ad € 13,--. Daarnaast vordert verzoekster reis- en parkeerkosten ad € 65,--, telefoonkosten ad 29,-- en een rentevergoeding op basis van zes percent per jaar ad € 245,--. Verzoekster vordert op grond van onrechtmatige verrijking het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar in Nederland zou hebben moeten betalen indien de revalidatie in Nederland zou hebben plaatsgevonden, te weten een bedrag van € 10.252,-- als genoegdoening voor de immateriële schade. Deze schadevergoeding wenst verzoekster vermeerderd te zien met een bedrag van € 1.000,-- per maand, indien de ziektekostenverzekeraar de gevorderde hoofdsommen niet voor 15 januari 2009 heeft voldaan.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling – samengevat – het volgende aangevoerd. Zij heeft nooit contact gehad met de ANWB alarmcentrale, wel met EuroCross. De medewerker van EuroCross heeft op 13 juni 2008 – de dag van de eerste operatie – niet medegedeeld dat geen vergoeding mogelijk was. Voorts stelt verzoekster dat repatriëring naar Nederland werd afgeraden door de behandelend arts in Duitsland. Zij was daarom aangewezen op de behandeling in de REHA-Kliniek. Desgevraagd deelt verzoekster mede dat de reis op 6 mei 2008 is begonnen, en dat deze één dag eerder dan gepland moest worden beëindigd vanwege de operatie in Rostock.
- 4.7. Verzoekster 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 de kosten van het verblijf in de REHA-Kliniek niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat opname in een revalidatiecentrum in Duitsland van vergoeding is uitgesloten. Verzoekster is hier op of rond 27 juni 2008 van in kennis gesteld door EuroCross.
- 5.2. EuroCross, die de regie in handen heeft met betrekking tot repatriëring, heeft in overleg met de behandelend arts besproken dat gepaste opvang in Nederland zou worden aangevraagd. Daarbij is door de behandelend arts gesteld dat verzoekster ook in Nederland kon revalideren. Zodra die opvang zou zijn geregeld, zou passend vervoer naar Nederland worden verzorgd. Verzoekster heeft hier vanaf gezien en zij heeft gekozen voor een opname in de REHA-Kliniek.
- 5.3. De onderhavige zorg in de REHA-Kliniek wordt niet vergoed vanuit de Krankenkasse, daarover was verzoekster geïnformeerd. Verzoekster heeft het risico genomen dat de kosten voor haar rekening zouden blijven.
- 5.4. Voor klinische revalidatie ontbrak de noodzaak en daarmee de indicatie. Ten tijde van de opname in de REHA-Kliniek voelde verzoekster zich nog wat onzeker, maar liep wel met een rollator. Er was sprake van krachtsvermindering in het rechterbeen. Voorts heeft verzoekster van 17 juli tot en met 14 augustus 2008 gymnastiek (met thuisoefeningen), ergotherapie en fysiotherapie ondergaan.
- 5.5. De behandelingen fysiotherapie, waarvoor wel een indicatie bestond en die op grond van de polis kunnen worden vergoed, zijn alsnog aan verzoekster vergoed.
- 5.6. Met betrekking tot de EHIC stelt de ziektekostenverzekeraar nog dat geen gewone EHIC is afgegeven, maar een vervangende EHIC, die door alarmcentrales worden aangevraagd voor beperkte duur, te weten de verwachte duur van de opname.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster al vroegtijdig duidelijk is gemaakt dat de kosten van de REHA-Kliniek niet zouden worden vergoed. Daarbij is niet alleen afgegaan op het standpunt van de artsen in Nederland. ANWB en EuroCross hebben regelmatig contact gehad met de behandelend artsen in Duitsland. Voor klinische revalidatie bestond geen indicatie. De kosten van de operatie zijn wel vergoed. Ten aanzien van de periode van verblijf merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in de verklaring van EuroCross sprake is van een einddatum van 14 juni 2008.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, 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 primair of de klinische revalidatie in de REHA Kliniek in Duitsland voor vergoeding in aanmerking komt en zo ja, tegen welk tarief. Voorts is in geschil of de diverse hulpmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen, alsmede de reis-, verblijfs- en parkeerkosten en de telefoonkosten die verzoekster heeft gemaakt in verband met het niet vergoeden van de onderhavige nota's. Ten slotte is in geschil of verzoekster in aanmerking komt voor immateriële schadevergoeding en de wettelijke rente.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat en luidt, voor zover thans van belang, als volgt:

“Omschrijving

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

Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

(...)

- materialen die ertoe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen.”

Artikel 16 van de zorgverzekering bevat een regeling van de aanspraak op revalidatie:

“Omschrijving:

geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg), omvat bij revalidatie:

onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voorzover:

- 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, onder leiding van een medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.”

De aanspraak op verblijf wordt nader geregeld in artikel 34 van de zorgverzekering:

“Omschrijving:

medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met (...) medisch specialistische zorg, (...) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen in een (...) revalidatie-instelling of zorghotel,

zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De medische noodzaak wordt vastgesteld door de (...) medisch specialist (...)

Artikel 9.1 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

“lid 1

De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, 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;

(...)

- vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;

(...).

- vergoeding van de kosten van onvoorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

9.4. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen geldt dat bij het inroepen van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig heeft. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg gepaard gaande met verblijf van ten minste één nacht. Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

Voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de [naam ziektekostenverzekeraar]-Hulpdienst, telefoonnummer (...). [naam ziektekostenverzekeraar] adviseert de verzekerde om de [naam ziektekostenverzekeraar]-Hulpdienst in te schakelen bij met name medisch noodzakelijke zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

9.5. Verwijzing en/of machtigingsvereiste

Als bij bepaalde vormen van zorg, naast de voorafgaande toestemming voor het inroepen van zorg zoals aangegeven in artikel 9.4, nog specifiek een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 12.7).”

Artikel 12.4 van de zorgverzekering regelt voor zover hier van belang:

“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 2008, 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 inkooptarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2008 gelijk aan het geldende Wmg-tarief.

(...)

De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie [naam ziektekostenverzekeraar] 2008. Het Reglement restitutie [naam ziektekostenverzekeraar] 2008 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [website ziektekostenverzekeraar]."

Het 'Reglement Restitutie', behorende bij de zorgverzekering, bepaalt voor zover hier van belang:

"Artikel 2

Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn of zouden zijn overeengekomen tussen [naam ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkooptarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2008 gelijk aan het geldende Wmg-tarief.

Artikel 4

Voor de in artikel 2, Verzekerde prestaties, genoemde Wmg-tarieven verwijzen wij naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl."

De definitie van een Diagnose Behandeling Combinatie luidt volgens artikel 1 van de zorgverzekering:

"Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg (...). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen."

Artikel 33 van de zorgverzekering regelt met betrekking tot hulpmiddelen voor zover hier van belang, het volgende:

"Omschrijving:

bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Daarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op die zorg.

(...)

Voorschrift:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008.

Machtiging:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008.

Bijzonderheden:

(...)

3. de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008 maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [website ziektekostenverzekeraar]."

Artikel 37 van de zorgverzekering, dat ziet op zittend ziekenvervoer, luidt voor zover

hier relevant:

“Omschrijving:

ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 36, Ambulancevervoer, of vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van de verzekerde over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

1. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de [naam ziektekostenverzekeraar] komen;

(...)

4. naar zijn woning of een andere woning, als hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen als hij van een van de personen of instelling komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1, 2 of 3. (...) Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van de volgende situaties:

a. de verzekerde moet nierdialyses ondergaan;

b. de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;

c. de verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;

d. het gezichtsvermogen van de verzekerde is zodanig beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;

e. de verzekerde is in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan [naam ziektekostenverzekeraar] vervoer van twee begeleiders toestaan.

(...)

Voorschrift:

huisarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. (...)”

- 7.3. De artikelen 1, 9.1, 12.4, 20, 33 en 37 van de zorgverzekering en het ‘Reglement Restitutie’ zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (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 inhoud en omvang in algemene bewoordingen geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Artikel 2.1 verwijst in lid 1 naar artikel 2.4, waarin is bepaald dat geneeskundige zorg zorg omvat zoals onder meer medisch specialisten die plegen te bieden. In artikel 2.1 lid 2 Bzv 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 is be-

paald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering worden 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 worden medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.

Verblijf is naar inhoud en omvang geregeld in artikel 2.10 van het Bzv.

De aanspraak op hulpmiddelen is naar inhoud en omvang omschreven in artikel 2.9 Bzv en uitgewerkt in artikel 2.6 e.v. Rzv.

Zittend ziekenvervoer is naar inhoud en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Vast staat dat verzoekster op 13 juni 2008 in het ziekenhuis van Rostock (Duitsland) is opgenomen in verband met de behandeling van een acute hernia. Vanwege complicaties heeft op 19 juni 2008 opnieuw een operatie plaatsgevonden. Tijdens het genezingsproces is een centrale longembolie opgetreden, waarvoor verzoekster eveneens in het ziekenhuis te Rostock is behandeld. De kosten van deze medisch noodzakelijke zorg zijn op grond van artikel 22 lid 1 sub a-i ten laste van het Duitse sociale zekerheidsstelsel gekomen. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.
- 7.7. Om te herstellen van de operaties en de behandeling van de longembolie is verzoekster verwezen naar de REHA-Kliniek in Seeheildbad Graal-Müritz, waar zij aansluitend, van 17 juli tot en met 14 augustus 2008, opgenomen is geweest. Het is de vergoeding van de daaraan verbonden kosten die primair aan de orde is. Vraag is of verzoekster was aangewezen op klinische revalidatie, dat wil zeggen revalidatie die gepaard gaat met verblijf. Hierbij is van belang hoe lang de geplande vakantie zou duren, aangezien afhankelijk daarvan moet worden getoetst aan het Duitse dan wel het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel.
- 7.8. Op grond van EG-Verordening 1408/71 en de aanwijzingen van de administratieve commissie behoeft een ingezetene van een Europese lidstaat zijn vakantie niet te onderbreken om in zijn woonland zorg te ontvangen. Op grond van het arrest Keller van het Europese Hof van Justitie (zaak C-145/03, r.o. 50 en 51) is in die situatie het bevoegde orgaan in Nederland (de ziektekostenverzekeraar) verplicht de constatering en behandelkeuzen van de Duitse artsen te aanvaarden en te erkennen. Het CVZ heeft daarover het volgende overwogen:
- “Het College is van mening dat het in de hierboven aangehaalde overwegingen gaat om **de constateringen en behandelingskeuzen die binnen hun opdracht vallen**. Het College wijst er nogmaals met nadruk op dat deze constateringen en behandelingskeuzen ook in het onderhavige geval erkend en gerespecteerd zijn, zolang betrokkene nog onder behandeling was van deze artsen, namelijk tijdens haar opname in het (...) ziekenhuis te Rostock (...). In het onderhavige geschil gaat het echter niet meer om de behandelingsfase, maar om de herstelfase van de patiënt. Deze herstelfase valt niet meer binnen de opdracht van de behandelend artsen van het ziekenhuis te Rostock.”*
- 7.9. Voorts overweegt de commissie dat verzoekster ter zitting heeft verklaard “dat zij de vakantie één dag eerder moest beëindigen”. Vast staat dat zij voor de eerste maal is geopereerd op 13 juni 2008. Volgens de verklaring van EuroCross van diezelfde datum – waarnaar de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verwezen – ving de geplande reis aan op 1 mei 2008 en duurde deze tot en met 14 juni 2008. Een en ander

is in lijn met hetgeen verzoekster ter zitting heeft verklaard, zodat aannemelijk is dat zij de intentie had haar reis op 14 juni 2008 te beëindigen.

- 7.10. Verzoekster verbleef eerst vanaf 17 juli 2008 in de revalidatiekliniek, zodat beoordeeld moet worden of op dat moment artikel 22 lid 1 sub a en i van de Verordening 1408/71 nog steeds van toepassing was. De commissie sluit bij deze beoordeling aan bij het advies van het CVZ van 13 mei 2009, waarin het volgende is overwogen:

*“(...) In deze bepaling is immers sprake van verstrekkingen welke tijdens een verblijf op het grondgebied van een andere lidstaat medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf. Met dit laatste is bedoeld dat aan het noodzakelijkheidscriterium ook wordt voldaan als de medische zorg wordt verleend om te vermijden dat de verzekerde **eerder dan gepland**, genoodzaakt is om terug te gaan naar het woonland om daar de voor zijn gezondheidstoestand noodzakelijke zorg te ontvangen. In het geval van verzoekster moet derhalve komen vast te staan hoe lang het verblijf van haar en haar echtgenoot in Duitsland was gepland. Betrokkenen waren met vakantie, maar niet duidelijk is wanneer zij naar Nederland zouden terugkeren. (...). Indien het verblijf volgens planning tot een latere datum zou hebben geduurd dan 17 juli 2008, moet de Verordening nog van toepassing worden geacht op het verblijf in [de REHA-kliniek].”*

Aangezien uit de verklaring ter zitting van verzoekster en het stuk van EuroCross van 13 juni 2009 aannemelijk wordt dat de vakantie zou duren tot 14 juni 2008, en verzoekster derhalve op 17 juli 2008 onder normale omstandigheden weer thuis zou zijn geweest, heeft zij wat betreft het verblijf in de REHA-Kliniek geen aanspraak op een vergoeding volgens het Duitse stelsel, en dienen de omvang van de aanspraken en de hoogte van de eventuele vergoeding te worden beoordeeld aan de hand van het Nederlandse stelsel. Ten aanzien daarvan oordeelt de commissie – in lijn met het CVZ-advies – dat verzoekster niet was aangewezen op klinische revalidatie, en daarom geen aanspraak kan maken op vergoeding.

- 7.11. Met betrekking tot de door verzoekster aangeschafte hulpmiddelen oordeelt de commissie als volgt. Verzoekster vraagt vergoeding voor een Keilküssen, orthopädische Stützen en een Strumpfhelfer. Na de zitting heeft verzoekster daartoe nota's overgelegd, waaruit niet duidelijk blijkt door wie deze hulpmiddelen zijn voorgeschreven. Deze nota's zijn echter uitgeschreven nadat verzoekster was ontslagen uit het ziekenhuis in Rostock, derhalve na 17 juli 2008. Daarom dienen ook deze nota's – in lijn met de voorgaande overwegingen – te worden beoordeeld aan de hand van het Nederlandse stelsel. Een Keilküssen, waarover verzoekster ter zitting heeft verklaard dat zij deze heeft gebruikt in de auto tijdens de rit naar huis, vormt geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, en kan daarom niet worden vergoed. Orthopädische Stützen – voor zover daarmee op krukken wordt gedoeld – en een Strumpfhelfer – voor zover hiermee wordt gedoeld op een uittrekhelp voor elastische kousen – vormen wel een verzekerde prestatie onder de Zorgverzekeringswet. In de artikelen 2.6 onder j juncto 2.17 Rzv respectievelijk artikel 2.6 onder m Rzv is daarover echter bepaald dat de verzekerde langdurig op deze hulpmiddelen moet zijn aangewezen om in aanmerking te komen voor vergoeding. Zulks bij verzoekster niet het geval, zodat de vergoeding van de kosten van genoemde hulpmiddelen op die grond moet worden afgewezen.
- 7.12. Voor zover verzoekster een beroep doet op vergoeding van de reiskosten vanuit het revalidatiecentrum naar Nederland oordeelt de commissie als volgt. Voor vervoer van een instelling waar zorg is verleend ten laste van de zorgverzekering naar huis, kunnen alleen de in artikel 37 onder a tot en met e beschreven situaties voor vergoeding

in aanmerking komen.

Bij verzoekster is geen sprake van een situatie als bedoeld in artikel 37 onder a tot en met d van de zorgverzekering. Derhalve dient getoetst te worden aan de situatie als bedoeld in artikel 37 onder e van de zorgverzekering.

In dit geval betreft het eenmalig vervoer over een tot 200 kilometer gemaximeerde afstand. Derhalve kan niet worden gesproken van een langdurige ziekte of aandoening waarvoor verzoekster langdurig is aangewezen op vervoer. De reiskosten van het revalidatiecentrum naar huis komen om die reden niet ten laste van de zorgverzekering.

- 7.13. De reis- en verblijfskosten van de echtgenoot van verzoekster en die van haar kinderen, zijn geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Voor de gemaakte telefoonkosten geldt hetzelfde.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.14. De aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland tijdens reizen is geregeld in artikel 39 van de aanvullende ziektekostenverzekering, waarin voor zover hier relevant, het volgende wordt bepaald:

“Omschrijving:

1. medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Spoedeisende zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland;

(...)

Vergoeding:

Vitaal & Zekerpakket: volledig

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de zorgverzekering. De te verlenen vergoeding heeft een aanvullend karakter;”

Ten aanzien van de wettelijke eigen bijdrage in een ander EU-land bepaalt artikel 41 van de aanvullende ziektekostenverzekering het volgende:

“Omschrijving:

de in het betreffende EU-/EER-land of verdragsland van toepassing zijnde wettelijke bijdragen voor niet voorzienbare zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, zoals bijvoorbeeld remgelden in België en Selbstbeteiligung of Praxisgebühr in Duitsland. De vergoeding van die zorg moet plaatsvinden op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of het socialezekerheidsverdrag.

Vergoeding:

Vitaal & Zekerpakket: ten hoogste € 1.000,-- per kalenderjaar”

- 7.15. Om aanspraak te kunnen maken op zorg ingevolge artikel 39 van de aanvullende ziektekostenverzekering, dient deze – gedeeltelijk – te worden vergoed vanuit de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering vult het bedrag aan dat ingevolge de zorgverzekering wordt vergoed. Aangezien verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de zorg die zij heeft genoten in de revalidatiekliniek ingevolge de zorgverzekering, heeft zij ook geen aanspraak op een aanvullende vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Hetzelfde geldt met betrekking tot de

aanspraak van artikel 41 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dat artikel heeft betrekking op de eigen bijdrage voor zorg in het buitenland. Aangezien de zorg geen verzekerde prestatie vormt, geldt tevens geen eigen bijdrage die uit de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden vergoed.

- 7.16. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt eveneens dekking voor met name genoemde hulpmiddelen. Een Keilküssen, orthopädische Stützen en een Strumpfhelfer vallen niet onder de verzekerde aanspraken.
- 7.17. Voor zover verzoekster vergoeding wenst van de reis- en verblijfskosten van haar echtgenoot en haar kinderen, alsmede de telefoonkosten luidt het oordeel van de commissie als volgt.
Artikel 27 regelt de reiskosten bij ziekenbezoek, doch kent geen dekking onder de door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering.
Artikel 23 van de aanvullende ziektekostenverzekering ziet op logieskosten, doch deze vergoeding blijft beperkt tot een met name genoemd logeershuis en een met name genoemd gastenverblijf. Het verblijf van de echtgenoot van verzoekster en dat van haar kinderen heeft niet plaatsgevonden in één van deze met name genoemde instellingen, zodat ook deze kosten voor rekening van verzoekster blijven.
De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor telefoonkosten.

Ten aanzien van het privaatrecht

- 7.18. Verzoekster heeft schadevergoeding gevorderd ter hoogte van € 10.252,--, uit hoofde van ongerechtvaardigde verrijking. Kennelijk heeft, volgens verzoekster, de ziektekostenverzekeraar namelijk kosten bespaard door niet de kosten te dragen van de onderhavige klinische revalidatiezorg in Duitsland. Aan schadevergoeding wordt bovendien € 75,-- voor telefoonkosten gevorderd. Daarbij vordert verzoekster de wettelijke rente over deze bedragen. Dienaangaande stelt de commissie als bovenoverwogen allereerst vast dat verzoekster geen indicatie had voor klinische revalidatiezorg zodat deze kosten – ook indien de zorg in Nederland was genoten – niet zouden zijn vergoed. Daarmee vervalt iedere grond aan de gestelde verrijking. Ten aanzien van de gevorderde telefoonkosten overweegt de commissie dat verzoekster enkele malen uit het buitenland heeft moeten bellen teneinde duidelijkheid te verkrijgen. Deze gesprekken zagen deels op de – wel vergoede – ziekenhuisopname en zijn overigens min of meer onvermijdelijk. Nog afgezien daarvan is de hoogte van het daarmee blijkbare gemoeide bedrag niet zodanig, dat deze kosten in redelijkheid niet voor rekening van verzoekster kunnen blijven.
- 7.19. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 december 2009,

Voorzitter