

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E en F, beide te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, spoedopname dan wel geplande zorg, voorafgaande toestemming
Zaaknummer : 2012.02011
Zittingsdatum : 29 mei 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008, art. 22 van Vo 1408/71)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

1) E, en

2) F, beide te G,

hierna gezamenlijk 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 verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 een opname in het Phillipusstift ziekenhuis te Essen, Duitsland, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 3 en 15 december 2008, 16 april 2009, 18 januari 2010, 26 januari, 9 mei en 26 augustus 2011 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 brief van 20 december 2012 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 maart 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 april 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 mei 2013 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 11 maart 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 10 april 2013 (zaaknummer 2013036901) 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 uit het dossier blijkt dat er geen medisch bezwaar was tegen het, zonder behandeling, gedurende één week in Duitsland verblijven. Na één week zonder behandeling/onderzoeken kan niet meer gesproken worden van een acute medische noodsituatie. Uit het overzicht op de factuur van het Duitse ziekenhuis blijkt evenmin dat acute zorg is geleverd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 29 mei 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Naar aanleiding van haar bewijsaanbod ter zitting is verzoekster bij brief van 30 mei 2013 in de gelegenheid gesteld haar onder 4.8 vermelde stellingen te bewijzen door middel van een verklaring van de behandelend arts. Op 12 juni 2013 heeft verzoekster de commissie om uitstel verzocht. De commissie heeft verzoekster hierop uitstel verleend tot 12 juli 2013. Nadat de commissie binnen de gestelde termijn geen reactie van verzoekster had mogen ontvangen, is de procedure voortgezet op grond van de op dat moment beschikbare informatie.
- 3.11. Bij brief van 23 juli 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 31 juli 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. Verzoekster lijdt aan een, buiten Azië, zeldzame aandoening: de ziekte van Takayasu, ook wel Takayasu Arteritis genoemd. Het betreft een zeldzame vaatontsteking die in eerste instantie de aorta en de grote slagaderen aantast. Het is een auto-immuunziekte. bij storingen in de bloeddoorstroming naar het hoofd kunnen de volgende symptomen optreden: hoofdpijn, duizeligheid en problemen met het gezichts-

vermogen. Het grote gevaar bij deze aandoening is dat een aneurysma ontstaat, hetgeen acuut overlijden tot gevolg kan hebben.

- 4.2. Verzoekster heeft op 30 juli 2008 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een behandeling in het ziekenhuis te Essen, omdat daar een medisch specialist werkt die gespecialiseerd is in voornoemde aandoening. Op het aanvraagformulier verklaart verzoekster dat zij tijdens haar verblijf in Duitsland plotseling onwel werd. De spray die zij van haar Nederlandse internist voorgeschreven had gekregen, bood geen verlichting. Zij heeft zich hierop gewend tot een Notarzt. Deze heeft haar, nadat hij had vernomen aan welke aandoening verzoekster lijdt, doorverwezen naar het ziekenhuis te Essen.
- 4.3. Na enige tijd ging het beter met verzoekster en kon haar echtgenoot haar naar het ziekenhuis rijden, een afstand van ongeveer 30 km. Zij is bij aankomst aldaar meteen opgenomen. Verzoekster had het op dat moment zeer benauwd en last van pijn rond de schouderbladen. Haar polsslslag was niet meer waarneembaar. Op de CT-scan die is gemaakt nadat zij in het ziekenhuis was aangekomen, is een zeer verwijde aorta te zien met een ontsteking van de aortaboog. Op grond hiervan heeft de arts besloten verzoekster op te nemen.
- 4.4. Er was derhalve zeker sprake van een noodgeval, hetgeen is bevestigd door de Duitse arts. In zijn brief van 4 januari 2011 schrijft deze arts dat verzoekster op 31 juli 2008 is opgenomen vanwege een acute verergering van het prestatievermogen met erger wordende duizeligheid en vermoeidheid. Een acute afsluiting/verstopping kon niet worden uitgesloten. Tijdens het verblijf zijn echo's gemaakt van alle secties/onderdelen van de bloedvaten. Ook heeft een consult bij een reumatoloog plaatsgevonden om te kijken of het gebruik van steroïden geïndiceerd was. Een noodsituatie wordt bepaald door de symptomen die op een verergering van een in beginsel complicatiegevoelige ziekte duiden met de mogelijkheid van een acute afsluiting van de bloedvaten. In deze situatie was het onderzoek noodzakelijk.
- 4.5. Verzoekster heeft alle informatie van het ziekenhuis in zowel Leiden als Essen aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Zij benadrukt dat een diepgaand onderzoek en aansluitende behandeling in Duitsland wel degelijk noodzakelijk waren. De zorg was niet uit te stellen tot na terugkeer in Nederland. De echtgenoot van verzoekster durfde het onder de gegeven omstandigheden niet aan om met verzoekster naar huis te rijden, een afstand van ca. 250 km.
- 4.6. De echtgenoot van verzoekster heeft aan de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar gemeld dat het een spoedopname betrof. Tevens heeft hij medegedeeld dat hij niet wist hoelang de opname zou gaan duren, maar dat hij uitging van enkele dagen.
- 4.7. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing niet althans onvoldoende heeft gemotiveerd, haar vragen niet heeft beantwoord, en de feitelijke situatie anders doet voorkomen dan deze daadwerkelijk was.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat in het voorlopig CVZ-advies ten onrechte staat vermeld dat zij op 24 juli 2008 onwel is geworden en zich tot een Notarzt heeft gewend die haar heeft doorverwezen naar een ziekenhuis in Essen vanwege de specifieke deskundigheid aldaar. Verzoekster bevond zich op 24

juli 2008 in Nederland. Zij is tijdens een bezoek aan een beurs in Duitsland op 31 juli 2008 onwel geworden. Zij is ter plekke door een Notarzt onderzocht. Deze heeft haar geadviseerd naar Nederland terug te rijden. Indien de situatie zou verslechteren, zou zij onmiddellijk naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis moeten worden gebracht. Tijdens de terugreis verergerde haar situatie en heeft haar echtgenoot haar naar het ziekenhuis te Essen gebracht, waar zij op 31 juli 2008 is opgenomen. Er was dus sprake van een spoedopname. Verzoekster benadrukt dat zij vóór 31 juli 2008 nooit contact heeft gehad met het betreffende ziekenhuis. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat zij reeds op 24 juli 2008 contact heeft gehad met dit ziekenhuis wordt niet door stukken onderbouwd.

- 4.9. Door de commissie gevraagd naar de – in de procedure overgelegde - nota van 30 juli 2008 van het ziekenhuis te Essen betreffende de behandeling op 24 juli 2008 in verband met de diagnose “verdacht auf Takayasu-Arteriitis” ten bedrage van € 365,96 – die met het declaratieformulier van 17 januari 2011 bij de ziektekostenverzekeraar is ingediend – ontkent verzoekster vóór 31 juli 2008 in dit ziekenhuis te zijn geweest. Deze foutieve datum was haar niet eerder opgevallen.
- 4.10. De echtgenoot van verzoekster heeft per abuis een verkeerde datum ingevuld op het aanvraagformulier, te weten 30 juli 2008 in plaats van 31 juli 2008. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop weliswaar een datumstempel met 31 juli 2008 gezet, maar ook een stempel met 25 augustus 2008. De Notarzt heeft geen kosten in rekening gebracht voor het consult op 31 juli 2008.
- 4.11. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster is op 24 juli 2008 op consult geweest bij een arts in het ziekenhuis in Essen. Toen is een afspraak gemaakt voor een vervolgonderzoek, een week later. De opname van 31 juli 2008 was dus gepland, wellicht in het kader van een second opinion. Dit blijkt ook uit het door verzoekster ingediende aanvraagformulier van 30 juli 2008. In het ziekenhuis in Essen is een medisch specialist werkzaam met een specialisatie op het gebied van de aandoening die verzoekster heeft. Bij verzoekster zijn alleen onderzoeken uitgevoerd. Er is geen enkele handeling uitgevoerd die de indruk geeft dat sprake was van spoed. Daarnaast was reeds bij de opname de ontslagdatum bekend. Dit blijkt uit navraag bij de alarmcentrale. Aan de alarmcentrale is niet gemeld dat sprake was van een spoedopname. Wat betreft het bezoek aan het ziekenhuis op 24 juli 2008 kan de ziektekostenverzekeraar niet anders dan vaststellen dat geen sprake was van een situatie waarin terugkeer naar Nederland niet mogelijk was. Waar het gaat om de onderzoeken die zijn gedaan tijdens de opname van 31 juli tot en met 4 augustus 2008 staat vast dat het geplande zorg betrof. Hiervoor is voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar slechts één dag voor de opname om toestemming gevraagd, waardoor deze onvoldoende tijd heeft gehad om tijdig op de aanvraag te beslissen. Daarnaast heeft verzoekster geen geldige verwijzing voor deze onderzoeken van een huisarts of doorverwijzend medisch specialist. Ook was verzoekster in Nederland reeds onder behandeling voor haar aandoening. Er was medisch gezien geen aanleiding om de behandeling in een ander ziekenhuis voort te zetten. De in Duitsland uitgevoerde onderzoeken hadden ook poliklinisch kunnen plaatsvinden. Een ziekenhuisopname was dus niet noodzakelijk.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster naar aanleiding van voornoemde aanvraag bij brieven van 5 augustus en 25 november 2008 weliswaar verzocht om nadere informatie, waaronder de nota van de Notarist, een kopie van het medisch dossier van het ziekenhuis te Essen, en kopieën van de brieven van de specialist aan de huisarts, maar heeft deze niet ontvangen. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar het ziekenhuis meerdere keren verzocht om (medische) informatie, doch tot op heden is hier niet op gereageerd.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn stellingen herhaalt. Voorts concludeert de ziektekostenverzekeraar dat de zorg tijdig in Nederland had kunnen plaatsvinden en dat daarom vergoeding van de kosten terecht is geweigerd.
- 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 A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft(…) [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt daaruit kiezen. (…)

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:

– zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 90% van het tarief wordt vergoed, maar voor uw rekening blijft ten hoogste € 200,

– zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. (...)
Spoedeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed.
U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg, verpleeghuisarts of een bedrijfsarts, als de klachten met uw werk te maken hebben. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. (...)"

8.3. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt:

"Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 1408/71 en bilaterale verdragen van toepassing.

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.

U heeft recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder.

Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

– recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of

– recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of

– vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend.

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming hebt u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland."

8.4. De artikelen B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

8.6. 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.

8.7. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;

ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)”

8.8. In artikel E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld, en luidt, voor zover hier van belang:

“Bij spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland krijgt u service en ondersteuning van de Alarmcentrale van [naam ziektekostenverzekeraar]. De Alarmcentrale verzorgt onder andere contacten met behandelend artsen, repatriëring en garantiestellingen.

E8.1 Spoedeisende zorg en geneesmiddelen

U krijgt een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt uit de Basisverzekering. U kunt daarover meer lezen onder B9.

De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de Basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten.

U krijgt vergoeding voor zorg als:

- de zorg onvoorzien was, en*
- niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland, en*
- u niet langer dan één jaar in het buitenland bent, en*
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland waren gemaakt.*

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. De onderhavige zorgkosten zijn gemaakt in Duitsland, een lidstaat van de EU. In deze kwestie dient als eerste de vraag te worden beantwoord of sprake was van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf of van planbare zorg, dat wil zeggen dat verzoekster naar Essen is gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen.

9.2. Uit de factuur van 30 juli 2008 blijkt dat verzoekster op 24 juli 2008 op consult is geweest bij een arts in het Phillipusstift ziekenhuis te Essen. Tevens zijn toen enkele

onderzoeken uitgevoerd in verband met de diagnose Takayasu Arteritis. Verzoekster heeft deze factuur met het declaratieformulier van 17 januari 2011 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Ter zitting heeft verzoekster gesteld dat haar niet eerder was opgevallen dat de nota 24 juli 2008 als behandeldatum vermeldt. Hoewel daartoe na de zitting door de commissie in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoekster geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid bewijs te leveren van haar stelling dat op voornoemde nota een foutieve consultdatum staat vermeld, omdat zij niet vóór 31 juli 2008 in voormeld ziekenhuis is geweest.

- 9.3. Op 30 juli 2008 heeft verzoekster het aanvraagformulier behandeling buitenland ingevuld en ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, die het op 31 juli 2008 heeft ontvangen. Op dit formulier heeft verzoekster verklaard dat bij haar sprake is van Takayasu Arteritis en dat zij als gevolg hiervan in Duitsland plotseling onwel is geworden. Zij is door een Notarist doorverwezen naar het Phillipusstift ziekenhuis. Voorts verklaart verzoekster dat zij is behandeld door [naam arts], omdat deze is gespecialiseerd in Takayasu Arteritis. Deze arts achtte een vervolgbehandeling aldaar noodzakelijk. Verder vermeldt verzoekster dat sprake is van een ziekenhuisopname. Vervolgens is verzoekster op 31 juli 2008 opgenomen.
- 9.4. Verzoekster heeft onvoldoende feiten gesteld en omstandigheden onderbouwd met stukken waaruit kan worden afgeleid dat aannemelijk is dat sprake was van een noodzakelijke behandeling tijdens verblijf in Duitsland. Zo zijn door verzoekster geen stukken overgelegd waaruit kan worden afgeleid dat zij zich, toen zij onwel werd, in dat land bevond. Verzoekster heeft gesteld dat zij ter plekke is gezien door een Notarist, maar heeft ondanks herhaald verzoek daartoe ook hiervan geen documenten overgelegd. Bovendien blijkt uit de op 30 juli 2008 ingediende aanvraag voor de opname op 31 juli 2008 dat zij door de betreffende arts behandeld wilde worden omdat deze is gespecialiseerd in Takayasu Arteritis. De commissie concludeert dat sprake is geweest van een geplande opname en behandeling in het Phillipusstift ziekenhuis te Essen.
- 9.5. Uitgaande van planbare zorg is in principe artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 van toepassing. Verzoekster heeft voorafgaand aan de opname de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Zij is daarbij gehouden de ziektekostenverzekeraar een redelijke termijn te gunnen voor de verwerking van dit verzoek. Gezien de medische situatie van verzoekster is een termijn van één dag niet te beschouwen als een redelijke termijn zodat de situatie vergelijkbaar is met die waarin voorafgaand aan de behandeling in het geheel geen toestemming is gevraagd. De verordening vindt derhalve geen toepassing en er dient te worden getoetst aan artikel B9 van de zorgverzekering.
- 9.6. Op grond van artikel B9 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding bedraagt maximaal de vergoeding die de verzekerde zou hebben gekregen voor zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgverlener in Nederland. Daarnaast is in dit artikel bepaald dat voor zogenoemde intramurale zorg in het buitenland, dus als sprake is van een opname, de verzekerde voorafgaand toestemming moet vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Deze voorafgaande toestemming is niet nodig indien sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Van dit laatste is bij verzoekster niet gebleken, zodat zij – om in aanmerking te komen voor vergoeding van de onderhavige zorgkosten – voorafgaande

toestemming diende te vragen en te verkrijgen. Door één dag voorafgaand aan de opname te verzoeken om toestemming, heeft zij de ziektekostenverzekeraar geen redelijke termijn gegund hierop te reageren. Daarom komen de door verzoekster gedeclareerde zorgkosten op grond van artikel B9 van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. Op grond van artikel E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat bij spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland aanspraak op een aanvulling op de vergoeding die de verzekerde ontvangt uit de zorgverzekering. Omdat niet aannemelijk is dat bij verzoekster sprake was van spoedeisende zorg bestaat op grond van artikel E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding van de onderhavige zorg.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 augustus 2013,

Voorzitter