

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, revalidatie
Zaaknummer : 2009.02593
Zittingsdatum : 1 december 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 1 augustus 2009 de kosten verbonden aan revalidatie, ondergaan te Bad Rothenfelde (Duitsland) (hierna: de aanspraak) niet 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 de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering MiX Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken. Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft bij brief van 13 september 2009 aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft niet inhoudelijk op deze brief gereageerd.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 19 april 2010 heeft verzoeker 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 (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 juli 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 september 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 november 2010 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 21 juli 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010093977) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van multidisciplinaire medisch specialistische revalidatie als bedoeld in de Zvw. Voorts heeft het CVZ verklaard dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code de juiste is. Een afschrift van het CVZ-advies is op 9 november 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben niet binnen de gestelde termijn gereageerd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft tijdens zijn verblijf in Duitsland op 18 mei 2009 een hartinfarct gekregen, waarvoor hij met spoed is behandeld. Verzoeker zou van 18 tot en met 20 mei 2009 in Duitsland verblijven. De behandelend arts achtte aansluitende revalidatie noodzakelijk. Verzoeker heeft telefonisch bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd naar de vergoeding, doch kreeg te horen dat een beslissing niet eerder dan na twee weken genomen zou kunnen worden. Vanwege de spoedeisendheid heeft verzoeker de revalidatie doorgezet. Vergoeding is geweigerd omdat het niet zou gaan om medisch-specialistische zorg. Ter onderbouwing van zijn stelling dat het wel om medisch-specialistische zorg gaat heeft verzoeker een overzicht gegeven van de door hem ondergane behandelingen in de kliniek.
- 4.2. Van 2 tot en met 23 juni 2009 heeft de revalidatie in de Schüchtermann Klinik te Bad Rothenfelde, op vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Volgens de ziektekostenverzekeraar omvat revalidatie onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Vergoeding van de kosten is mogelijk als 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.

In eerste instantie heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen, omdat bij verzoeker een indicatie voor revalidatie zou ontbreken. Ook zou de door verzoeker in de kliniek ondergane zorg geen medisch-specialistische zorg zijn. Naar aanleiding van de brief van verzoeker van 19 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar vastgesteld dat een dergelijke revalidatie in Nederland poliklinisch zou plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar zal naar aanleiding van deze informatie overgaan tot een vergoeding van € 486,96. De bijbehorende DiagnoseBehandeling Combinatie (DBC) is 20.11.00.0821.0101.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de ambulance naar de Schüchtermann Klinik volledig vergoed. De cardiologische behandeling heeft plaatsgevonden in de Schüchtermann Klinik. Deze kliniek blijkt de kosten van de behandeling met een E112-formulier te hebben gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat dit E112-formulier niet is afgegeven via de ANWB Alarmcentrale of via de afdeling Buitenland.
- 5.3. De zoon van verzoeker heeft op 22 mei 2009 contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. In de gespreksnotitie staat vermeld dat de aanvraag voor de vervolgbehandeling per fax zal worden toegestuurd, hetgeen ook is gebeurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aanvullende informatie opgevraagd. Op grond van de aanvullende informatie heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor vergoeding van de kosten van de revalidatiebehandeling afgewezen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen.

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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering.

Artikel 14 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op medisch-specialistische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

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

Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 12 (Huisartsenzorg) en artikel 14 (Medisch specialistische zorg), omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- *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 of ziekenhuis, onder leiding van een medisch-specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.”

Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Omschrijving:

medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Waar:

in een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, revalidatie-instelling of zorghotel. (...)”

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

“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;*
- *zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 11.4 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 voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. (...)"

Artikel 11.4 van de zorgverzekering bepaalt de hoogte van de vergoeding, indien een verzekerde gebruik maakt van een zorgverlener die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd en luidt, voor zover hier van belang:

"Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [de ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat slechts recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2009, 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 inkoop-tarieven zijn vastgesteld en de Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2009 gelijk aan het geldende Wmg-tarief. (...)"

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van de kosten tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. (...)"

- 8.3. De artikelen 9, 11, 14, 15 en 34 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de cardiologische behandeling, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of ook het aansluitende verblijf in de Schüchtermann Klinik dient te worden vergoed. De commissie is van oordeel dat de kosten van de revalidatie niet kunnen worden aangemerkt als spoedeisende zorg die niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, zodat beoordeeld zal worden volgens de criteria voor planbare zorg.
- 9.2. Het CVZ heeft in zijn advies van 20 augustus 2010 geconcludeerd dat geen sprake is van multidisciplinaire medisch specialistische revalidatie als bedoeld in de Zvw. Deze

conclusie neemt de commissie over en maakt zij tot de hare. Nu geen sprake is van multidisciplinaire medisch specialistische revalidatie als bedoeld in de Zvw bestaat op grond van 34 van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de hieraan verbonden kosten.

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie de aanvraag voor de onderhavige zorg afgewezen; in tweede instantie is een vergoeding toegezegd op basis van DBC 20.11.00.0821.0101 (reguliere zorg/hartrevalidatie/reguliere behandeling/geen behandeling poliklinisch). Het CVZ heeft in zijn advies van 20 augustus 2010 geconcludeerd dat deze DBC passend is in de onderhavige situatie. De commissie neemt deze conclusie over en zij maakt deze tot de hare.

Conclusie

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

Zeist, 1 december 2010,

Voorzitter