

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, revalidatie REHA-kliniek
Zaaknummer : 2010.01403
Zittingsdatum : 8 juni 2011

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: verzoekster, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E beide te D

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 Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tandarts afgesloten. De verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 revalidatie in de REHA-kliniek te Aken (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 november 2009 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 brief van 15 februari 2010 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 9 december 2010 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 ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 februari 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 maart 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 21 februari 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 maart 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011022040) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie had voor revalidatie in de REHA-kliniek. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 juni 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 juni 2011 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 17 juni 2011 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 stelt dat zij op 25 oktober 2009 met toestemming van de ziektekostenverzekeraar is geopereerd in een ziekenhuis te Aken. Omdat zij aansluitend wenste te revalideren in de REHA-kliniek, heeft zij tijdig toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft van 10 tot en met 30 november 2009 in de kliniek verbleven. Eerst op 26 november 2009 deelde de ziektekostenverzekeraar mede dat geen vergoeding plaats zou vinden. De kosten waren toen echter al gemaakt.
- 4.2. De reden van afwijzing is gelegen in het ontbreken van een indicatie. Na raadpleging van een medisch specialist in Nederland bleek echter dat deze indicatie wel aanwezig was, mede gelet op het gewicht, de wondcomplicatie en de woonomstandigheden van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar gaat bij zijn afwijzing voorbij aan het oordeel van de Duitse artsen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat er verschillende zaken zijn waarover partijen het eens zijn. Zo staat vast dat de ziektekostenverzekeraar toestemming heeft gegeven voor de operatie in Duitsland. Op 29 oktober 2009 is toestemming gevraagd voor opname in de REHA-kliniek. Op 10 november 2009 traden complicaties op en heeft verzoekster besloten naar de kliniek te gaan. Aldaar kreeg zij op 16 november 2009 een maagbloeding. Dit is doorgegeven aan de ziektekostenverzekeraar, maar hier volgde geen reactie op. Het is duidelijk dat niet met fysio-

therapie kan worden volstaan bij een maagbloeding. Van verzoekster kon niet worden verwacht dat zij het maar zou uitzitten. Haar keuze was terug te gaan naar de instelling waar zij was geholpen. Uit kostenoverwegingen is besloten het weekend naar huis te gaan. De REHA-kliniek hoort bij het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft haar doorverwezen. Er werken de zelfde artsen.

4.4. 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 dat de behandeling in het ziekenhuis start op de eerste dag na de operatie, en valt onder de DBC-code voor de ingreep. De meeste patiënten kunnen bij een ongecompliceerd post-operatief beloop na circa één week het ziekenhuis verlaten. De revalidatie, in de vorm van (extramurale) fysiotherapeutische begeleiding, wordt thuis voortgezet. Daarnaast kan het nodig zijn tijdelijk extra persoonlijke verzorging in te zetten in verband met de beperkingen in de zelfredzaamheid. Dit is echter geen indicatie voor een klinische opname.

5.2. Klinische revalidatie door een team van verschillende soorten deskundigen (multidisciplinair team) onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts in een instelling voor revalidatiezorg is geen doelmatige zorg bij een status na een knieoperatie, en valt om die reden niet onder de aanspraken in het kader van de zorgverzekering. Uit de beschikbare medische gegevens van verzoekster blijkt niet dat sprake is van bijzondere medische omstandigheden waardoor zij is aangewezen op klinische revalidatie in verband met het plaatsen van de knieprothese.

5.3. De ziektekostenverzekeraar streeft ernaar verzekerden zo snel mogelijk uitsluitel te geven over ingediende aanvragen. De daarvoor gestelde termijn van twee weken is echter niet altijd haalbaar. Indien sprake is van een spoedsituatie, wordt een verzekerde doorgaans naar een ziekenhuis gebracht. Een aanvraag voor revalidatie is geen spoedsituatie. Bovendien is gebleken dat verzoekster na de operatie eerst thuis is geweest, alvorens zich te laten opnemen in de REHA-kliniek. Ook is er op 9 november 2009 telefonisch contact geweest met de behandelend arts van verzoekster, waarbij is medegedeeld dat de revalidatie niet wordt vergoed. Verzoekster had rekening dienen te houden met de mogelijkheid dat geen vergoeding zou plaatsvinden.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het logisch is terug te gaan naar de behandelaar als er iets mis blijkt te zijn. Verzoekster is echter niet naar het ziekenhuis gegaan, maar naar de REHA-kliniek. De aanvraag voor opname in de REHA-kliniek werd gedaan vóór de complicaties optraden. Ten tijde van de aanvraag was geen sprake van spoed. Geconstateerd moet worden dat verzoekster naar de REHA-kliniek is gegaan zonder uitsluitel te hebben over de vergoeding. Hiermee heeft zij een risico genomen. Het CVZ bevestigt dat er geen indicatie was voor klinische revalidatie. Verzoekster had in Nederland recht op ziekenhuiszorg, maar niet op klinische revalidatie.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
- Artikel 22 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op revalidatie in de volgende vormen:

- *Verblijf: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;*
- *Deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder verblijf. (...)*

U hebt recht op revalidatie als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

U hebt revalidatie nodig om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen.

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

- *stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;*
- *een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.*

Deze revalidatie is hiervoor voor u de beste methode.

Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is. (...)

Een team van verschillende soorten deskundigen (multi-disciplinair team) voert de zorg uit onder leiding van een medisch-specialist of revalidatie-arts. (...)"

Artikel 2.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op die zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen."

- 8.3. De artikelen 2.5 en 22 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ 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 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor 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.
- 8.6. In artikel 27 van de aanvullende ziektekostenverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“27.1 Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

Wij vergoeden (de kosten van) spoedeisende zorg die u ondergaat tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland. Deze kosten vallen geheel of gedeeltelijk buiten de voorwaarden van de hoofdverzekering en/of een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering. Afhankelijk van uw aanvullende zorgverzekering gaat het om:

- a. kosten die u in het buitenland maakt en die uw hoofd- of aanvullende zorgverzekering ook zou hebben vergoed wanneer u die kosten in Nederland of uw woonland zou hebben gemaakt. (...) Wij vergoeden de kosten volgens de tarieven die gelden in het land waar u de kosten maakt. (...) Wij vergoeden de hogere kosten vanuit de aanvullende zorgverzekering. Dat doen we echter niet onbeperkt; wij hanteren de tarieven zoals die in Nederland gebruikelijk (marktconform) zijn. De aanvullende zorgverzekering vergoedt die hogere kosten van buitenlandse zorg tot het maximum tarief dat in uw Vergoedingen Overzicht staat; (...)*

27.3 Niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

(...)

U heeft recht op vergoeding van kosten:

- a. voor zorg buiten uw woonland;*
- b. voor zorg buiten uw woonland maar in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat. (...)*

Algemeen

De zorg komt volgens het voor u geldende Deel 1: Vergoedingen Overzicht van de door u gesloten aanvullende zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking. Het moet dus zorg betreffen, die ook zou zijn vergoed als die in Nederland of uw woonland zou hebben plaatsgevonden. (...)

- 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. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Ingevolge EG-Verordening 1408/71 en de aanwijzingen van de administratieve commissie heeft een verzekerde aanspraak op zorg buiten zijn woonland. Op grond van het arrest Keller van het Europese Hof van Justitie (zaak C-145/03, r.o. 50 en 51) is het bevoegde orgaan in Nederland (de ziektekostenverzekeraar) na het verlenen van toestemming voor een behandeling verplicht de constatering en behandelkeuzen van de artsen in het land waar wordt behandeld te aanvaarden en te erkennen. Gebleken is dat verzoekster na haar ontslag uit het ziekenhuis, alwaar de behandeling waarvoor zij toestemming had gevraagd en verkregen, niet aansluitend naar de REHA-kliniek is gegaan. Voorts gaat het – mede gelet op een eerder advies van de commissie (GcZ 2 december 2009/ 2009.00444) – waar het de opname in deze kliniek betreft, niet om de behandelingsfase, maar om de herstelfase. Deze herstelfase valt niet meer binnen de opdracht van de behandelend artsen van het ziekenhuis te Aken. Het vorenoverwogene leidt tot de conclusie dat verzoekster vóór de opname in de REHA-kliniek aan de ziektekostenverzekeraar toestemming diende te vragen. Deze toestemming mocht vervolgens door de ziektekostenverzekeraar worden geweigerd, omdat de betreffende zorg ook tijdig in Nederland beschikbaar is.
- 9.2. Met betrekking tot de aanspraken uit hoofde van de voorwaarden van de zorgverzekering geldt het volgende. Verzoekster heeft een verklaring van een Nederlandse medisch specialist overgelegd, waaruit blijkt dat niet zonder meer vaststaat dat verzoekster had kunnen volstaan met de reguliere in Nederland gebruikelijke procedure, waarbij revalidatie grotendeels thuis plaatsvindt. Niet gebleken is echter dat verzoekster een indicatie had voor klinische revalidatie, als bedoeld in artikel 22 van de zorgverzekering. De complicaties waren niet aanwezig ten tijde van de aanvraag, maar zijn later opgetreden. De maagbloeding is opgetreden toen verzoekster al was opgenomen in de REHA-kliniek. De complicaties zijn in de REHA-kliniek behandeld, zodat niet gesteld kan worden dat betrokkene is behandeld in een ziekenhuis. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de revalidatie in de REHA-kliniek, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt een aanvullende dekking voor de aanspraken vanuit de zorgverzekering. Met betrekking tot zorg in het buitenland is als voorwaarde gesteld dat het moet gaan om zorg die vanuit de zorgverzekering (gedeeltelijk) wordt vergoed. Aangezien verzoekster geen indicatie had voor klinische revalidatie in de REHA-kliniek, heeft zij geen aanspraak op een (aanvullende) vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.

Termijn beoordeling aanvraag

- 9.4. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar dusdanig lang heeft gewacht met de beslissing op het verzoek om toestemming voor het verblijf in de REHA-kliniek, dat haar geen andere mogelijkheid restte dan deze zorg te ondergaan, en de kosten daarvan na afloop te declareren bij de ziektekostenverzekeraar. Gelet op hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en de gemaakte telefoonnotitie van het gesprek op 9 november 2009 met de behandelend arts van verzoekster, is de commissie van oordeel dat verzoekster ermee rekening had moeten houden dat haar toestemming zou worden onthouden voor klinische revalidatie in de REHA-kliniek.

Conclusie

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

Zeist, 22 juni 2011,

Voorzitter