

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, klinische revalidatie in verband met multiple sclerose
Zaaknummer : 2011.02948
Zittingsdatum : 31 oktober 2012

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 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010, art. 22 Vo 1408/71, art. 56 VWEU)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Uitgebreide Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Beide 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van klinische revalidatie in verband met multiple sclerose, ondergaan in het MS-Centrum te Overpelt (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Bij brief van 25 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat individuele therapieën die in het revalidatiecentrum te Overpelt zijn gevolgd, bijvoorbeeld fysiotherapie en ergotherapie, wel voor vergoeding in aanmerking komen.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 4 juni 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 september 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 september 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 september 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 6 september 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 5 oktober 2012 (zaaknummer 2012103022) 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 infuusbehandeling met cyclofosfamide (Endoxan) voor MS geen verzekerde zorg is, en dat er geen onderbouwing in het dossier is gevonden op grond waarvan een klinische vorm van medisch specialistische revalidatie medisch noodzakelijk is. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 oktober 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 2 november 2012 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 12 november 2012 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker is bekend met multiple sclerose (MS). Omdat hij in Nederland te horen kreeg dat alhier geen behandelingsmogelijkheden bestaan, is hij via een lotgenote terecht gekomen bij de revalidatiekliniek in Overpelt. Daar vond men een opname zeer aan te bevelen, gezien de zwaarte van het revalidatieprogramma. De ziektekostenverzekeraar heeft een deel van de kosten vergoed. Een bedrag van € 7.691,14 blijft voor rekening van verzoeker, omdat geen indicatie aanwezig zou zijn voor klinische revalidatie. Dit volgt echter niet uit de verklaringen van de huisarts en de neuroloog. De reden dat de huisarts pas naderhand een verklaring heeft gegeven, is dat verzoeker indertijd met spoed naar België is afgereisd.
- 4.2. De huisarts heeft op 6 januari 2010 het volgende verklaard: *“Bij deze verwijst ik bovengenoemde patiënt ivm behandeling van zijn MS. Patiënt is bekend met MS secundair progressief beeld. Neurologisch is er met name sprake van een spastisch atactisch looppatroon en de laatste tijd ook cognitieve stoornissen en veel vermoeidheid. Hij wil alle mogelijke behandelingsopties overwegen. Gezien het zeer intensieve*

revalidatieprogramma dat hij zou kunnen gaan volgen, lijkt het mij alleen mogelijk als hij daarvoor opgenomen zal worden. Op en neer reizen is geen optie gezien de klachten van meneer.”

- 4.3. De behandelend neuroloog heeft op 23 mei 2011, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *“(...) In algemeenheid vraagt u of patiënten met MS wel eens opgenomen worden voor klinische evaluatie. In algemeenheid kan gesteld worden dat mensen met MS zeker wel eens klinisch geëvalueerd en behandeld worden. In de beginfase van MS is dit vaak het geval als de diagnose nog gesteld moet worden. Later in de ziekte kan het voorkomen dat exacerbaties dermate invaliderend zijn, dat klinische begeleiding nodig is. Indien mensen met MS in aanmerking komen voor revalidatie geneeskundige behandeling dan moet vaak gekozen worden tussen poliklinische begeleiding en meer intensieve klinische behandeling. Voor dit laatste wordt in algemeenheid vaak gekozen indien er meer handicap is of wanneer er bijvoorbeeld problemen zijn met reizen. Bij mijn weten is het MS-Centrum in Overpelt ook een revalidatiecentrum. Ik kan me derhalve voorstellen dat patiënt aldaar opgenomen is geweest zoals dat ook in Nederland had kunnen gebeuren. (...)”*
- 4.4. Verzoeker is erg teleurgesteld in de houding van de ziektekostenverzekeraar. Aan verzoeker is verschillende malen telefonisch medegedeeld dat de te maken kosten geen probleem zouden zijn en zouden worden vergoed. Verzoeker was in de weken dat hij in de kliniek verbleef aanmerkelijk opgeknapt, waardoor na de opname minder ziektekosten hoefden te worden gemaakt. Verzoeker acht het dan ook onbegrijpelijk dat voor een nuttige behandeling geen vergoeding wordt gegeven, terwijl de behandelend huisarts en neuroloog de noodzaak voor deze behandeling zagen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat door de ziektekostenverzekeraar wordt gezegd dat opname volgens de richtlijnen niet gebruikelijk is. Dit betekent echter niet dat het nooit gebeurt. Het was medisch noodzakelijk dat verzoeker werd opgenomen, dit wordt ook ondersteund door medische verklaringen van artsen die verzoeker hebben gezien. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker nooit gezien. Over de telefoonnotities merkt verzoeker op dat dit afhankelijk is van wat de medewerker opschrijft. De één zal dit uitgebreider doen dan de ander. Er is wel gezegd dat alles wordt vergoed.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Het dossier van verzoeker is voorgelegd aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft medegedeeld dat de goede poliklinische mogelijkheden in Nederland ervoor zorgen dat een klinische opname slechts zeer zelden geïndiceerd is. Ook in het buitenland zal er een medische noodzaak moeten zijn om de behandeling klinisch te laten plaatsvinden in plaats van ambulant. Uit het dossier blijkt niet dat deze medische noodzaak aanwezig is. De aanvragend arts merkt op dat het aan verzoeker is of hij de behandeling klinisch of ambulant wil ondergaan. De ziektekostenverzekeraar geeft echter geen toestemming voor een klinische revalidatie. Er is een E112-formulier afgegeven voor de consulten, toediening van het middel Endoxan in opname en multidisciplinaire revalidatie. Verder heeft verzoeker een machtiging voor zittend ziekenvervoer om voor de behandelingen naar Overpelt te reizen.

- 5.2. Naar aanleiding van de vraag van de commissie om een toelichting op de telefoonnotitie van 18 oktober 2011, heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat aan verzoeker een E112-formulier is gestuurd waarin wordt vermeld welke kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Op het formulier staat dat een akkoord wordt verleend voor geneeskundige verzorging in het revalidatiecentrum te Overpelt. Onderdeel van de te vergoeden kosten is de toediening van het middel Endoxan in opname. De opname heeft derhalve enkel betrekking op het toedienen van Endoxan, en niet op de klinische revalidatie zelf. De ziektekostenverzekeraar kan zich voorstellen dat de formulering in de telefoonnotitie vragen oproept, maar in combinatie met het E112-formulier is duidelijk wat is bedoeld. Alle kosten zoals vermeld op het E112-formulier zijn inmiddels aan verzoeker vergoed.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit het dossier geen onderbouwing blijkt waarom ambulante zorg niet mogelijk zou zijn. In dit specifieke geval is hiervoor geen medische noodzaak. Klinisch revalideren is bij MS geen gebruikelijke zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft niet kunnen achterhalen hoe de telefoongesprekken zijn verlopen en wat precies is gezegd.
- 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 10 van de zorgverzekering 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 volledig 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 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)”

- 8.4. Artikel 14 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op revalidatie en luidt, voor zover hier van belang:

“Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 13 (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 u 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 die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;*
- *u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is. (...)*

Door

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. (...)”

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

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- *zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- *zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)*”

- 8.6. Artikel 1.2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. (...)”

- 8.7. De artikelen 1.2, 9, 13 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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 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.

- 8.9. 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.
- 8.10. 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. Aangezien verzoeker niet voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, kan – gelet op het arrest Stamatelaki (HvJ EG 19 april 2007, C-444/05) – toetsing aan artikel 22 van Vo 1408/71 achterwege blijven. Nu het gaat om een klinische behandeling, geldt het toestemmingsvereiste ook in het kader van de toetsing aan artikel 56 van het Verdrag inzake de Werking inzake de Europese Unie (VWEU). Een en ander volgt uit het arrest Müller Fauré en Van Riet (HvJ EG 13 mei 2003, C-385/99). Toetsing aan Europese regelgeving leidt derhalve niet tot enige (nadere) vergoeding, zodat in dit geval kan worden volstaan met een beoordeling aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Niet in geschil is dat verzoeker een indicatie heeft voor een poliklinische behandeling in het kader van MS. Ook heeft hij een machtiging voor de toediening van het middel Endoxan in opname. Met betrekking tot deze machtiging merkt de commissie voor de goede orde nog op dat – hoewel het CVZ-advies van 5 oktober 2012 hiertoe aanleiding zou kunnen geven – het de verzekeraar niet vrij staat in het kader van de onderlinge procedure op deze machtiging terug te komen.

Hetgeen partijen verdeeld houdt, blijft derhalve beperkt tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van klinische revalidatie, zoals door hem ondergaan te Overpelt.

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft gemotiveerd waarom hij van mening is dat verzoeker geen indicatie heeft voor klinische revalidatie. De Belgische kliniek heeft verzoeker de mogelijkheid geboden ambulant te worden behandeld, doch verzoeker heeft zelf gekozen voor een klinische behandeling. De reden hiervoor lijkt enkel te zijn gelegen in de afstand van zijn woonadres naar het revalidatiecentrum. De lange reisafstand vormt op zich echter geen indicatie voor klinische revalidatie. Uit de verklaring van de neuroloog volgt niet dat hij van mening is dat het noodzakelijk is dat verzoeker klinisch revalideert. De neuroloog stelt alleen in algemene zin iets over een al dan niet klinische behandeling en/of begeleiding van patiënten met MS doch gaat daarbij niet in op een eventuele noodzaak daartoe in de specifieke situatie van verzoeker. De commissie is daarom van oordeel dat een indicatie voor klinische behandeling ontbreekt en dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten hiervan ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor klinische revalidatie, zodat het verzoek niet op basis van deze verzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat hem verschillende malen door medewerkers van de ziektekostenverzekeraar is medegedeeld dat de te maken kosten geen probleem zouden zijn en dat deze vergoed zouden worden.
- 9.6. Wat betreft deze telefoongesprekken, is met name de telefoonnotitie van 18 oktober 2011 relevant, waarin staat: *“(...) Collega geeft aan dat er een volledige machtiging is afgegeven voor de consulten, toediening van Endoxan, opname en intensieve multidisciplinaire revalidatie. Er zou hooguit een verpl. E.R. in rekening gebracht kunnen worden. Dus geen maximaal tarief of vergoeding tot max. NL's tarief, gewoon verder volledig (op evt. E.R. na). Klant voor alle zekerheid nogmaals op de hoogte gesteld”*. Uit het E112-formulier en alle correspondentie die aan dit gesprek is vooraf gegaan, blijkt duidelijk dat de “opname” waarvan in dit verband sprake is enkel betrekking heeft op de toediening van Endoxan in opname, en niet de opname vanwege klinische revalidatie. Ook is in het bewuste telefoongesprek nadrukkelijk verwezen naar de machtiging, zodat verzoeker niet met recht zich erop kan beroepen dat hem tijdens het gesprek een toezegging is gedaan ten aanzien van de klinische revalidatie.
- 9.7. Ook uit de notities van de overige gesprekken volgt niet dat de toezegging is gedaan dat de kosten van de klinische revalidatie zouden worden vergoed.

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, 21 november 2012,

Voorzitter