



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : EU/EER, Portugal, geneeskundige zorg, oogheekundige behandelingen, injecties met Avastin® en Lucentis®, consulten oogarts, angiografie, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201400999

Zittingsdatum : 19 augustus 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, artt. 19 en 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
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 ZorgZó (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering FNV Zorg 1 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 oogheelkundige behandelingen, bestaande uit injecties met Avastin® en Lucentis® en consulten bij de oogarts, uitgevoerd te Portugal (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 juli 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor de consulten bij de oogarts, een injectie met Avastin®, en een angiografie een bedrag van € 1.329,43 wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering, onder verrekening van het verplicht eigen risico. Bij brief van 5 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een bedrag van € 428,24 wordt vergoed voor een injectie met Avastin®, en dat de derde injectie met Avastin® en een injectie met Lucentis® niet worden vergoed.
- 3.2. Verzoekster heeft meermalen aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Onder meer bij brief van 5 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot tarifiering. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat verzoekster geen aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding voor de oogheelkundige behandelingen.

- 3.4. Bij e-mailbericht van 23 februari 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag 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. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailberichten van 27 februari, 2, 20 en 23 maart 2015 haar nadere standpunt kenbaar gemaakt.
 - 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 18 mei 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 juni 2015 aan verzoekster gezonden.
 - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 juni 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 juli 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
 - 3.9. Bij brief van 1 juni 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 juli 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015067648) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat DBC 079799020 passend is voor de behandelingen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 11 augustus 2015 aan partijen gezonden.
 - 3.10. Het Zorginstituut heeft de commissie bij e-mailbericht van 18 augustus 2015 aanvullende informatie gezonden, te weten een tweetal e-mailberichten van de echtgenoot van verzoekster. Afschriften van deze nagekomen stukken zijn door de commissie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
 - 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 augustus 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
 - 3.12. Bij brief van 24 augustus 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 8 september 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend oogarts heeft op 18 april 2013 over verzoekster het volgende verklaard: "(...) *Diagnosis: hemovitreous RE EMERGENCY! [Verzoekster] consulted me in my private clinic today complaining about sudden loss of vision in her right eye. Her past medical history includes glaucoma, cataract surgery in both eyes and vitrectomy in her right eye on January 2012 and also glaucoma surgery (tube) in her right a couple months ago. My examination showed strong intraocular bleeding in her right eye and she needs intraocular injection of anti-vascular endothelial growth factors as soon as possible. The procedure will be tomorrow on April 19, 2013 in Hospital Santa Maria in Faro Portugal under my responsibility. (...)*".

- 4.2. In 2013 zijn verzoekster drie injecties met Avastin® en twee injecties met Lucentis® gegeven in Portugal. Daarnaast hebben diverse consulten bij de oogarts aldaar en een angiografie plaatsgevonden.
- 4.3. Voorafgaand aan de eerste injectie met Avastin® heeft de echtgenoot van verzoekster contact opgenomen met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid is toestemming gegeven voor de behandeling omdat die spoedeisend was. Thans is gebleken dat de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar geen toestemming had mogen geven voor de eerste injectie met Avastin®. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel de kosten van de eerste injectie vergoed. De kosten van de overige vier injecties zijn niet vergoed op de grond dat de behandeling niet gebruikelijk zou zijn. Verzoekster bestrijdt deze beslissing. De oogarts heeft zijn behandelkeuze gebaseerd op Europese protocollen. Hierin is vastgelegd hoeveel injecties met Avastin® en Lucentis® dienen te worden gegeven. Dat slechts één injectie wordt gegeven komt zeer zelden voor. Ook in Nederland is behandeling met Avastin® en Lucentis® gebruikelijk. De (alarmcentrale van de) ziektekostenverzekeraar heeft niet overlegd met de behandelend oogarts. Verzoekster stelt dat het tot de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar behoort om de verzekerde zo snel mogelijk te informeren over de hoogte van de vergoeding. Als een (deel van een) behandeling niet wordt vergoed, dient te worden gewezen op alternatieven. Dit alles is niet gebeurd in het contact in april 2014 met de alarmcentrale, waardoor veel onduidelijkheid is ontstaan. Verzoekster voert aan dat het voor haar niet mogelijk was de behandeling in Nederland voort te zetten. In de betreffende periode kampte zij tevens met longproblemen en hartritmestoornissen. De ziektekostenverzekeraar was op de hoogte van de verklaring van de arts dat reizen niet mogelijk was in de periode van de injecties. Overigens lijkt het erop dat het medisch rapport van de oogarts dat op 18 april 2013 per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar is gestuurd, niet op de juiste plek terecht is gekomen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de consulten bij de oogarts vergoed op basis van een DBC-zorgproductcode. De looptijd van de DBC is één jaar en de vergoeding bedraagt € 428,24. Verzoekster stelt dat deze vergoeding niet passend is. De werkelijke kosten bedragen ruim € 2.000,--. Tevens is onduidelijk of en waar de vaststelling van de vergoeding op basis van een DBC is vastgelegd in de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster benadrukt een restitutiepolis te hebben afgesloten. In Nederland vindt volledige kostenvergoeding plaats. Overigens ontving verzoekster op 9 juli 2014 een bedrag van € 775,02 van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft - in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen - het dossier van de alarmcentrale overgelegd. Hierin wordt gewag gemaakt van het feit dat de echtgenoot van verzoekster de kosten van de oogheelkundige behandelingen steeds heeft voorgeschoten. Verzoekster merkt hiertoe op dat de alarmcentrale heeft overlegd met de Portugese kliniek over de betaling. De oogarts heeft de nota's opgesteld en de kliniek was hiermee akkoord en heeft verzoekster en haar echtgenoot bericht dat zij de betalingen aan de oogarts dienden te verrichten. De ziektekostenverzekeraar kan in een dergelijk geval niet alle verantwoordelijkheid afschuiven. Pas later werd verzoekster ermee bekend dat de tarieven van de oogarts aanzienlijk hoger waren dan de Nederlandse tarieven. Echter, het is van belang dat dit de tarieven van de oogarts zijn en niet van de kliniek.
- 4.5. De bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft getarifeerd. De uitkomst hiervan is gebaseerd op de vergoeding door de staatsverzekering ter plaatse. In Portugal bestaan echter twee gezondheidsdiensten, te weten een met particuliere ziekenhuizen en klinieken, en een met staatsziekenhuizen en staatsklinieken. Dat de tarifiering is gebaseerd is op enkel de vergoeding conform de staatsverzekering is niet juist. De kosten van de particuliere instellingen dienen te worden meegenomen. Verzoekster merkt op dat de premie voor de staatsverzekering ongeveer de helft is van de premie voor de zorgverzekering in Nederland.

4.6. Verzoekster verklaart dat de oogheekundige behandelingen tot een gunstig resultaat hebben geleid. Zij wenst op zijn minst een vergoeding van het Nederlandse tarief voor de injecties en vergoeding van de werkelijke kosten voor de consulten bij de oogarts.

4.7. Ter zitting heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de alarmcentrale toestemming heeft gegeven voor de behandeling, welke niet spoedeisend was. Verzoekster is vaker in een buitenlands ziekenhuis behandeld, en dit leverde nooit problemen op. In het onderhavige geval werd niets meer van de ziektekostenverzekeraar vernomen tot het moment van afwijzing. Deze afwijzing viel verzoekster rauw op het dak. Voorts heeft verzoekster verklaard dat zij contact heeft gehad met het oogziekenhuis, en dat aldaar ook behandeld wordt met Avastin® indien sprake is van oogbloedingen. In andere ziekenhuizen zal dit niet anders zijn. Over het gebruik van Lucentis® weet verzoekster niets. Met betrekking tot het advies van het Zorginstituut stelt verzoekster dat zij moeite heeft met het feit dat een vergelijking wordt getrokken met het staatsziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar gaat namelijk normaliter uit van de tarieven van particuliere instellingen.

4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg die gebruikelijk, medisch noodzakelijk en doelmatig is. Daarnaast dient de zorg te voldoen aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Bij de beoordeling of aan dit criterium wordt voldaan, wordt aangesloten bij de in de medische wereld gangbare werkwijze van Evidence Based Medicine.

Spoedeisende zorg is zorg die niet kan wachten tot na terugkeer in Nederland. Meestal is binnen een tijdsbestek van 24 uur acute zorg nodig. Voorbeelden hiervan zijn een ongeval of een levensbedreigende situatie zoals een hartinfarct. Wanneer sprake is van een ziekenhuisopname in het buitenland dient een verzekerde contact op te nemen met de alarmcentrale (artikel B9 van de zorgverzekering). De alarmcentrale bespreekt de verdere stappen met de verzekerde. De (arts van de) alarmcentrale beoordeelt of de zorg spoedeisend is en of een garantieverklaring voor de kosten wordt afgegeven. Hiervoor is medische informatie, bijvoorbeeld een behandelplan of behandelverslag, nodig. Als de alarmcentrale heeft geoordeeld dat geen sprake is van spoedeisende zorg en geen garantieverklaring wordt afgegeven, is het een overweging voor een verzekerde om te kiezen tussen behandeling in het buitenland of terugkeer naar Nederland voor behandeling. De alarmcentrale geeft, indien wordt gekozen voor behandeling in het buitenland, aan dat de nota's daarvan achteraf ter beoordeling bij de ziektekostenverzekeraar kunnen worden ingediend. Alsdan wordt beoordeeld of aanspraak bestaat op vergoeding.

Als iemand voor zorg naar het buitenland wil gaan zijn de voorwaarden voor vergoeding van zorg in Nederland van toepassing. Zo moet er een voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts zijn, en moet de verzekerde een indicatie hebben en redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. Welke zorg voor iemand nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn (artikel B5 van de zorgverzekering). Artikel B2 van de zorgverzekering bepaalt dat voor zorg het bedrag wordt vergoed dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend te achten is. In de praktijk wordt hiervoor het gemiddelde gecontracteerde tarief gehanteerd.

In artikel E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat bij spoedeisende zorg in het buitenland een verzekerde service en ondersteuning van de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar krijgt. De alarmcentrale verzorgt onder andere de contacten met de behandelend artsen, repatriëring en garantiestellingen. Als een verzekerde een aanvullende verzekering heeft afgesloten bestaat aanspraak op een aanvulling op de vergoeding die wordt verleend ten laste van de basisverzekering. Er bestaat geen recht op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering voor de kosten van ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar zijn gemeld.

Vanaf 1 januari 2012 wordt medisch specialistische zorg gedeclareerd door middel van een DOT (DBC op weg naar transparantie). Ziekenhuizen krijgen betaald op basis van DBC-zorgproducten. Dit zijn alle zorgactiviteiten die horen bij een bepaalde diagnose. Er wordt één nota voor het hele traject betaald, en niet (meer) apart betaald voor de verschillende onderdelen van een behandeling.

Ook voor een behandeling in het buitenland moet een DBC-zorgproductcode worden vastgesteld om de vergoeding te kunnen bepalen. Om de juiste DBC-zorgproductcode te kunnen vaststellen, passend bij de behandeling die heeft plaatsgevonden, dient inzichtelijk te zijn welke behandeling precies is uitgevoerd. Op basis hiervan wordt, al dan niet, een tarief vastgesteld.

- 5.2. Op 18 april 2013 heeft voor het eerst contact plaatsgevonden tussen de echtgenoot van verzoekster en de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. Er werd om 17.30 uur melding gemaakt van een oogbloeding bij verzoekster. Dit is door de alarmcentrale beoordeeld als spoedeisende zorg. Ook op 19 april 2013 om 19.20 uur heeft telefonisch contact plaatsgevonden tussen de echtgenoot van verzoekster en de alarmcentrale. In dit telefoongesprek is gesproken over de behandeling die de oogarts bij verzoekster wilde toepassen. Door de alarmcentrale is aan de echtgenoot van verzoekster gevraagd een medisch rapport bij de oogarts op te vragen zodat een juiste beoordeling van de situatie kon plaatsvinden. Het medisch rapport is ondanks meerdere verzoeken niet ontvangen. Hierdoor was het niet mogelijk een garantieverklaring af te geven. De echtgenoot van verzoekster heeft verklaard de consulten steeds zelf te betalen. Dat is goed bedoeld, maar dit verstoort het normale proces. De alarmcentrale weet dan niet welke zorg precies in rekening is gebracht en of nog steeds sprake is van spoedeisende zorg. Als een garantieverklaring is afgegeven, regelt de alarmcentrale de financiering met het ziekenhuis, en hoort een ziekenhuis een verzekerde geen nota's te sturen. De echtgenoot van verzoekster heeft nota's ingediend van zorg waarvan geen melding is gedaan bij de alarmcentrale. Deze zijn achteraf beoordeeld en hierdoor is het risico gelopen van onvolledige betaling. Verzoekster heeft een financieel risico genomen door aan te nemen dat de kosten van onderhavige zorg zouden worden vergoed, zonder dat deze vooraf door de alarmcentrale of de ziektekostenverzekeraar konden worden beoordeeld. Op 12 juni 2013 heeft de alarmcentrale de echtgenoot van verzoekster het verschil uitgelegd tussen spoedeisende en electieve zorg. Daarna bleef de echtgenoot van verzoekster echter nota's indienen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat verwacht mag worden dat verzoekster en haar echtgenoot op de hoogte waren van de consequenties van hun handelen. De alarmcentrale heeft van alle contacten notities gemaakt. Deze notities zijn voldoende duidelijk. Dat sprake is van een slordige dossiervoering door de alarmcentrale, bestrijdt de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast valt het op dat de echtgenoot van verzoekster niet steeds heeft gehandeld zoals is geadviseerd en gevraagd door de alarmcentrale.
- 5.3. De oogarts van verzoekster heeft gekozen voor een behandeling met Lucentis®. Dit wordt gezien als een niet gebruikelijke behandeling bij een oogbloeding. Daarnaast geldt dat in Nederland de kosten van de geneesmiddelen Avastin® en Lucentis® onder de DOT vallen en niet apart in rekening mogen worden gebracht bij de ziektekostenverzekeraar. In Portugal wordt de zorg niet door middel van een DBC-zorgproduct in rekening gebracht. Om het Nederlandse tarief te bepalen moet een DBC-zorgproduct voor de betreffende zorg worden vastgesteld. Aan de hand van de nota's en de eventuele behandelverslagen van de arts wordt door de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar een zorgproduct bepaald. DBC 079799020 is vastgesteld en gedurende de looptijd van deze DBC heeft de behandeling op 19 april 2013 plaatsgevonden. Voor deze behandeling is een bedrag van totaal € 960,-- vergoed. In eerste instantie leek het te gaan om een spoedbehandeling. De behandeling van 19 april 2013 is vergoed conform maximaal Nederlands tarief, welk tarief hoger is dan het tarief in Portugal. De vergoeding van € 428,24 ziet op DBC 079799014, vastgesteld voor de periode van 1 juni 2013 tot 1 juni 2014. Voornoemde bedragen zijn conform de lijst met maximale vergoedingen 2013. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn excuses aan voor het feit dat in de verzekeringsvoorwaarden onvoldoende is verwezen naar waar de tarieven voor de verschillende DBC-zorgproducten zijn te vinden. Een volledige vergoeding voor de oogheeskundige behandelingen in Portugal wordt niet verleend.
- 5.4. Verzoekster verkeerde niet in een levensbedreigende situatie. Zij had daarom kunnen besluiten, mede gelet op de enorm hoge kosten van de oogheeskundige behandelingen in Portugal, terug te keren naar Nederland voor het raadplegen van een oogarts.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat aan de echtgenoot van verzoekster geen volledige vergoeding van de onderhavige zorgkosten is toegezegd en dat deze indruk ook niet is geweest. Er kon een garantieverklaring worden afgegeven voor de eerste noodzakelijke zorg. Een garantieverklaring houdt niet per definitie in dat deze voor de gehele periode geldt. De duur is namelijk afhankelijk van de medische situatie.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar is zich ervan bewust dat verzoekster een hoge eigen bijdrage heeft, en betreurt dit ook. Vooropgesteld zij dat begrip bestaat voor de persoonlijke situatie en de wens van verzoekster om voor zorg in het buitenland te kiezen. Echter, verzoekster is in Nederland verzekerd en op de vergoeding van zorg in het buitenland zijn de verzekeringsvoorwaarden van toepassing, ongeacht de persoonlijke of medische situatie. De ziektekostenverzekeraar wijst op de mogelijkheid de onderhavige kosten van zorg te claimen bij de reisverzekeraar dan wel een EHIC te gebruiken voor de benodigde zorg in Portugal.
- 5.6. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is overgegaan tot tarifiering. Uit het bericht dat van het Portugese uitvoeringsorgaan is ontvangen concludeert de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster geen recht heeft op een aanvullende vergoeding.
- 5.7. Uit de telefoonnotitie van 28 november 2013 blijkt dat de echtgenoot van verzoekster, op wiens polis zij destijds als medeverzekerde was bijgeschreven, heeft medegedeeld dat zij per 1 januari 2014 naar Portugal zouden emigreren. De zorgverzekering van verzoekster en haar echtgenoot is daarom per 1 januari 2014 beëindigd. Zowel aan de telefoon als in de op dezelfde dag verzonden brief is uiteengezet dat de verzekeringsplicht is geëindigd en wat de gevolgen daarvan zijn. Op 5 maart 2014 heeft verzoekster via een online formulier opnieuw een zorgverzekering aangevraagd. Verzoekster stond destijds ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie en zij is daarom met terugwerkende kracht weer verzekerd. De aantekening van de emigratie stond alleen bij de echtgenoot van verzoekster in het systeem van de ziektekostenverzekeraar geregistreerd. Om die reden is in eerste instantie geen nader onderzoek gedaan. Gedurende het hele jaar 2014 is een groot aantal facturen gedeclareerd. Het betreft uitsluitend zorgkosten en declaraties uit Portugal. Op grond daarvan is een onderzoek ingesteld en is gebleken dat de echtgenoot van verzoekster kennelijk ook in januari 2014 nog een keer telefonisch heeft bevestigd dat beiden permanent in Portugal verblijven. Op basis daarvan is besloten de verzekering van verzoekster per 1 januari 2015 (weer) te beëindigen. De echtgenoot van verzoekster heeft, ondanks daartoe door de ziektekostenverzekeraar te zijn uitgenodigd, geen bewijzen overgelegd waaruit blijkt dat hij of verzoekster nog verzekeringsplichtig is in Nederland. Thans wordt door de Sociale Verzekeringsbank onderzoek gedaan om vast te stellen of voor beiden verzekeringsplicht bestaat. Mocht komen vast te staan dat de verzekeringsplicht van verzoekster per 1 januari 2014 reeds was vervallen, dan zal de ziektekostenverzekeraar zich beraden over verdere maatregelen.
- 5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat betaling conform de verzekeringsvoorwaarden heeft plaatsgevonden. Volgens het Zorginstituut is de behandeling juist gekwalificeerd en is het correcte tarief toegepast. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het niet juist is dat wordt uitgegaan van de tarieven van particuliere instellingen in het buitenland. Op basis van Europese regelgeving vindt vergoeding plaats conform de publiekrechtelijke ziektekostenregeling van het land van verblijf.

5.9. 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 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 is gehouden voor de oogheelkundige behandelingen een volledige dan wel een hogere vergoeding dan reeds is uitgekeerd, te verlenen aan verzoekster, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B1 tot en met B38 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek.

(...)

Welke zorgaanbieder

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. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

(...)

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapten. (...) Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

(...)"

8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse 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 vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag.

(...)

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming

van Menzis nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op +31 317 455 555. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale in bij spoedeisende zorg.
(...)"

- 8.5. Artikel B4.1 van de zorgverzekering betreft de inhoud en omvang van de zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. (...) Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 8.6. De artikelen B4.1, 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).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.8. 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.

- 8.9. Artikel E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Tijdens verblijf in het buitenland, kan het voorkomen dat u direct medische zorg nodig hebt. Hiermee wordt bedoeld medische zorg die niet kan wachten tot u weer in Nederland bent. Deze zorg wordt spoedeisende zorg genoemd. Bij spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland krijgt u service en ondersteuning van de Alarmcentrale van Menzis. 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.

(...)

FNV Zorg 1

Ja

(...)

U krijgt vergoeding voor zorg als:

- u een deel van de kosten vergoed krijgt uit de Basisverzekering,*
- de zorg onvoorzien was,*
- niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland,*
- u niet langer dan 1 jaar in het buitenland bent, en*
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.*

(...)

Let op

U krijgt geen vergoeding voor de kosten van ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van Menzis zijn gemeld.

(...)"

8.10. De artikelen 19 en 20 van Vo. nr. 883/2004 luiden, voor zover hier van belang:

"Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

(...)"

"Artikel 20

1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


9.1. De onderhavige zorgkosten zijn gemaakt in Portugal, een EU-lidstaat. Ingevolge artikel 19 Vo. nr. 883/2004 bestaat aanspraak op verstrekkingen die tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden. De aard en omvang van deze verstrekkingen worden bepaald door de sociale

ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf. Dat in de betreffende lidstaat de mogelijkheid bestaat een (aanvullende) particuliere ziektekostenverzekering af te sluiten met een ruimere dekking, is voor de omvang van de aanspraak derhalve niet relevant. Normaliter dient in een situatie als de onderhavige door een verzekerde een European Health Insurance Card (EHIC) te worden getoond. Verzoekster heeft haar EHIC niet getoond bij de Portugese zorgaanbieder. Overeenkomstig artikel 25 lid 5 van Vo. nr. 987/2009 heeft de ziektekostenverzekeraar een tarifieringsverzoek gedaan bij het Portugese uitvoeringsorgaan. De vraag die thans ter beantwoording voorligt is of verzoekster, op grond van de zorgverzekering, aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding.

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft zich er in dit verband op beroepen dat de behandeling, bestaande uit de injectie met Lucentis® niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De commissie meent dat dit beroep niet kan slagen. De reden hiervoor is dat deze afwijzingsgrond pas op een laat moment in de procedure door de ziektekostenverzekeraar is aangehaald. Bovendien is door de ziektekostenverzekeraar een vergoeding verleend voor de oogheekundige behandelingen, hetgeen impliceert dat het verzekerde zorg in het kader van de zorgverzekering betreft.
- 9.3. Daarom is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden voor onderhavige oogheekundige behandelingen een - aanvullende - vergoeding te verlenen tot maximaal het Nederlandse tarief, een en ander conform artikel B9 van de zorgverzekering. Reeds vóór de uitkomst van de tarifiering bekend was, zijn aan verzoekster bedragen vergoed van € 1.329,43 en € 428,24, waarbij door de ziektekostenverzekeraar is verwezen naar de DBC-zorgproductcode en is aangetekend dat de kosten van de farmaceutische zorg binnen het hiervoor geldende tarief vallen. De juistheid van deze zorgproductcode en het tarief is door verzoekster niet gemotiveerd bestreden, zodat de commissie concludeert dat de vergoeding ten laste van de zorgverzekering correct is vastgesteld. Dit volgt ook uit het advies van het Zorginstituut van 27 juli 2015. Derhalve heeft verzoekster geen aanspraak op een hogere vergoeding dan de voornoemde, aan haar uitgekeerde bedragen, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.4. Artikel E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland. De vergoeding betreft een aanvulling op de vergoeding die wordt verleend ten laste van de zorgverzekering (artikel B9). De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding ten laste van de zorgverzekering en de werkelijke kosten. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is het begrip 'spoedeisende zorg' niet gedefinieerd. Wel staat vast dat dit begrip verschilt van het begrip 'medisch noodzakelijk' in de zin van Vo. nr. 883/2004, waarop het gestelde onder 9.1 ziet. Hieruit volgt dat aan het feit dat aanspraak bestaat op vergoeding van kosten op basis van de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf, geen conclusies kunnen worden verbonden ten aanzien van het recht op vergoeding op basis van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Met betrekking daartoe geldt het volgende.
- 9.5. De oogheekundige behandeling die op 19 april 2013 heeft plaatsgevonden is zonder meer als spoedeisend aan te merken. Dit is gelegen in het feit dat door de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar deze zorg is beoordeeld als spoedeisend en hiervoor een garantiestelling is afgegeven. Daarnaast is door de ziektekostenverzekeraar voor deze behandeling een vergoeding verleend ten laste van de zorgverzekering. De werkelijke kosten van de oogheekundige behandeling die op 19 april 2013 heeft plaatsgevonden bedragen € 800,-. Derhalve heeft verzoekster aanspraak op een aanvulling tot dit bedrag ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Wat betreft de oogheekundige behandelingen die ná voornoemde datum hebben plaatsgevonden, geldt dat deze niet als spoedeisend zijn aan te merken. Verzoekster had de mogelijkheid terug te keren naar Nederland voor het ondergaan van deze behandelingen. Zij heeft er echter voor gekozen deze in Portugal te laten uitvoeren. Dat zij een lang verblijf in dat land had gepland en deze behandelingen tijdens dat geplande verblijf medisch noodzakelijk werden, kan niet als argument




gelden in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering. Haar stelling dat zij juist in die periode niet kon reizen omdat zij kampte met longproblemen en hartritmestoornissen, kan zonder nader bewijs, dat in deze ontbreekt, niet overtuigen.




Conclusie



9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden voor de oogheekundige behandeling die op 19 april 2013 heeft plaatsgevonden een aanvullende vergoeding te verlenen tot maximaal de daadwerkelijke kosten hiervan, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.




9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.6 is omschreven.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 23 september 2015,



A.I.M. van Mierlo