



Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten
Zaak : EU/EER, België, grensarbeider, medische kosten, bejegening
Zaaknummer : 201601327
Zittingsdatum : 8 november 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4, 2.5, 2.6, 2.8, 2.9 en 2.14 en bijlage 1 Bzv, 2.5, 2.15 en 2.37 en bijlage 1 en 2 Rzv, artt. 17 en 18 Vo 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

ONVZ Ziektelastenverzekeraar N.V. te Houten, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie


- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van medische kosten die zijn gemaakt in België (verder: de aanspraak). Bij meerdere declaratieoverzichten heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 30 juli 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben hierover vervolgens uitgebreid gecorrespondeerd.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij klachtenformulier van 28 april 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 juli 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juli 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 17 augustus 2017 medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 1 augustus 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 15 september 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017034220) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de mate waarin relaxatietherapie is verleend (19 maal gedurende een periode van negen maanden) geen verzekerde zorg betreft. Ten aanzien van DBC-zorgproductcode 14D829 geldt dat deze toepasbaar is bij een revalidatietraject voor hartaandoeningen onder supervisie van een revalidatiearts. Uit het dossier blijkt echter niet duidelijk of er daadwerkelijk een revalidatiearts bij de behandeling was betrokken. Daarnaast kan de totale omvang van de behandeling niet uit het dossier worden afgeleid. De DBC-zorgproductcode 14D828 is passend als onderbouwd kan worden dat qua indicatie voor intensieve behandeling en geregistreerde behandeltijd het aantal behandeluren boven de 72 uur ligt. Op basis van de informatie in het dossier is niet te beoordelen of dit in casu aan de orde is.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 september 2017 aan partijen gezonden. De zorgverzekeraar is in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. De zorgverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.
- 3.9. Verzoekster is op 8 november 2017 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 13 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 7 december 2017 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat geen aanleiding bestaat het voorlopig advies te herzien. Verder is gereageerd op enkele vanuit de commissie gestelde vragen. Het Zorginstituut deelt mede dat het DBC-zorgproduct 14D829 in beginsel toepasbaar is bij een revalidatietraject voor hartaandoeningen onder supervisie van een revalidatiearts. Niet gebleken is echter dat een revalidatiearts bij de behandeling was betrokken. Daarnaast biedt het dossier geen duidelijkheid over de totale omvang van de behandeling. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster gesteld dat het aantal behandeluren rond de 100 ligt. Hiertoe ontbreekt echter een (medische) onderbouwing. Met betrekking tot het onderscheid tussen psychotherapie en relaxatietherapie merkt het Zorginstituut op dat psychotherapie een effectieve gespreksbehandelmethode is voor psychische stoornissen en problemen. Relaxatietherapie is een vorm van therapie die een persoon leert lichamelijk en mentaal tot rust te komen. Het betreft derhalve twee verschillende vormen van therapie. De mate waarin de relaxatietherapie in het onderhavige geval is toegepast betreft geen verzekerde zorg.
Een afschrift van dit advies is op 11 december 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 2 januari 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is sinds april 2014 in behandeling bij het UZA te Antwerpen wegens acuut hartfalen. Verzoekster heeft een aantal zware operaties gehad waarna zij in oktober 2015 uiteindelijk een harttransplantatie heeft ondergaan. Na deze operatie heeft verzoekster revalidatie en psychische begeleiding gehad. Verzoekster heeft de kosten hiervan, tezamen met de kosten van geneesmiddelen, verbandmiddelen, de reiskosten gedurende de revalidatieperiode en de betaalde remgelden bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. De zorgverzekeraar heeft de betreffende kosten vervolgens niet volledig vergoed, volgens verzoekster ten onrechte.



- 4.2. In feite gaat het om drie soorten declaraties. In de eerste plaats betreft het ziekenhuisnota's. Hetgeen door de Christelijke Mutualiteit is betaald, is hier reeds vanaf gehaald zodat alleen het remgeld dan wel de eigen bijdrage overblijft. Voorts heeft verzoekster nota's met betrekking tot medisch specialisten buiten het ziekenhuis gedeclareerd. Een probleem hierbij is dat een lager bedrag op het kwijtschrift staat dan het bedrag van de oorspronkelijke nota die verzoekster contant heeft betaald aan de betrokken specialist. De derde soort declaraties omvat apothekerskosten. Voor zover verzoekster kan nagaan, is door de zorgverzekeraar tot op heden vrijwel niets van deze laatste nota's vergoed. Voorts stelt verzoekster dat de vergoedingsoverzichten van de zorgverzekeraar onbegrijpelijk zijn, aangezien deze onvoldoende worden gespecificeerd en toegelicht.
- 4.3. Vanaf april 2014 lijkt verzoekster een strijd te voeren met de zorgverzekeraar over de te vergoeden kosten. Verzoekster stelt dat nauwelijks sprake is geweest van medewerking aan de kant van de zorgverzekeraar en dat zij steeds aan het lijntje wordt gehouden. Daarnaast heeft een medewerker van de zorgverzekeraar haar toegezegd dat alle kosten met uitzondering van het eigen risico zouden worden vergoed. Dit blijkt in de praktijk echter niet zo te zijn en er is continu twist over vrijwel alle nota's die worden ingediend. Verzoekster vindt het vervelend dat verschillende medewerkers van de zorgverzekeraar haar complexe zaak behandelen. Zij moet hierdoor iedere keer opnieuw haar verhaal doen en krijgt steeds tegenstrijdige informatie en toezeggingen. Voorts heeft verzoekster een vervelend telefoongesprek gehad met een medewerker van de zorgverzekeraar en uit frustratie en vermoeidheid heeft zij toen een scheldwoord gebruikt. Onder andere door de manier waarop deze medewerker zich over de zaak heeft ontfemd, voelt verzoekster zich onheus bejegend. De zorgverzekeraar heeft weinig begrip voor haar situatie. Naast vergoeding van de kosten waar zij recht op heeft, wil verzoekster daarom ook excuses voor de gang van zaken.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster opgemerkt dat zij in 2014 een acuut hartfalen heeft gehad met een overlevingskans van 30 percent. Zij heeft zes weken in coma gelegen en heeft daarna een kunsthart gekregen. Daarna heeft zij een harttransplantatie ondergaan, waarbij de overlevingskans 10 percent was. De kosten liepen flink op; verzoekster schat deze op 3,5 à 4,5 ton. De zorgverzekeraar kon geen duidelijkheid bieden omtrent de te nemen actie. Zo werd over verschillende formulieren gesproken en was er geen vaste contactpersoon die op de hoogte was van het probleem. Alle kosten zijn gedeclareerd via de Belgische mutualiteit. De remgelden werden volgens de zorgverzekeraar niet vergoed. Verzoekster heeft verder opgemerkt dat zij zich zeer slecht bejegend voelt door de zorgverzekeraar. De emoties liepen tijdens de gesprekken hoog op. Psychotherapie wordt in België anders genoemd, namelijk relaxatietherapie. Om deze reden is vergoeding van de kosten door de zorgverzekeraar afgewezen. Dit geldt ook voor gebruikte medicatie. Verzoekster moest van de zorgverzekeraar uitzoeken hoe deze in Nederland heten, maar dit is niet haar taak. Hoewel het door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproduct uitgaat van maximaal 72 behandeluren voor revalidatie, heeft verzoekster hiervan zeker 100 uren afgenomen.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. Bij e-mailbericht van 30 juli 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij de declaraties heeft onderzocht en tot de conclusie is gekomen dat alle kosten volgens de voorwaarden van de zorgverzekering zijn betaald. Het bedrag van € 1.510,69 betreft de facturen voor geneesmiddelen die deels zijn vergoed dan wel zijn verrekend met het verplicht eigen risico of niet voor vergoeding in aanmerking komen. De zorgverzekeraar heeft een overzicht meegezonden waaruit blijkt welke middelen voor vergoeding in aanmerking komen en welke niet, met de bijbehorende afwijsggrond. Verzoekster heeft geen aanvullende ziektekostenverzekering. De zorgverzekeraar kan derhalve alleen vanuit



de zorgverzekering een vergoeding verlenen voor de kosten van medicijnen als deze in Nederland bekend zijn als een wettelijk geregistreerd medicijn. Indien een geneesmiddel niet vanuit de zorgverzekering kan worden vergoed, dan is er tevens geen vergoeding mogelijk voor het remgeld.

- 
- 5.2. Het bedrag van € 1.279,71 betreft kosten van ziekenvervoer, fysiotherapie en medisch specialistische zorg. Wat betreft de kosten van het ziekenvervoer geldt dat deze dubbel zijn gedeclareerd en ten onrechte door de zorgverzekeraar aan verzoekster zijn betaald. De zorgverzekeraar heeft besloten deze kosten niet terug te vorderen. De zorgverzekeraar zal voortaan de kosten van ziekenvervoer beoordelen aan de hand van de overzichten van de Christelijke Mutualiteit. De kosten van fysiotherapie zijn reeds door de Christelijke Mutualiteit vergoed.
- 
- 5.3. Van de nota voor medisch specialistische zorg ten bedrage van € 1.752,76 heeft verzoekster een bedrag van € 1.383,76 van de zorgverzekeraar ontvangen. Dat niet het hele bedrag is vergoed, heeft te maken met het feit dat de kosten voor een eenpersoonskamer evenals de kosten van eten en drinken voor het bezoek niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 
- 5.4. Met betrekking tot de kosten van revalidatie blijft de zorgverzekeraar - na navraag - bij zijn standpunt dat de eerder door hem vastgestelde declaratiecode 14D829 het meest passende zorgproduct is. Aangezien hier sprake is van een wettelijk vastgesteld tarief, is een hogere vergoeding niet mogelijk.
- 
- 5.5. Bij brief van 24 januari 2017 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat de kosten van verbandmiddelen, gemaakt in 2014 en 2015, in behandeling zijn genomen en dat de vergoeding waarop verzoekster recht heeft, aan haar is uitgekeerd.
- 
- 5.6. De kosten van de psychologische behandelingen zijn door de zorgverzekeraar afgewezen. De betreffende nota's hebben namelijk betrekking op sessies coaching en stressmanagement. Deze kosten vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering. Verzoekster heeft aangevoerd dat de arts een hoger bedrag in rekening brengt dan op het kwijtschrift van de Christelijke Mutualiteit staat. De zorgverzekeraar dient echter uit te gaan van de informatie die op de stukken van de Christelijke Mutualiteit staat.
- 
- 5.7. De zorgverzekeraar begrijpt dat het vervelend is dat voor verzoekster niet duidelijk is hoe de kosten, die door haar zijn gemaakt in België, zijn afgewikkeld. Echter, de zorgverzekeraar is van mening dat hij alle kosten heeft vergoed waarop verzoekster recht heeft en dat haar hier inmiddels ook de nodige uitleg over is gegeven.
- 
- 5.8. De zorgverzekeraar heeft bij zijn brief van 24 oktober 2016 een afschrift van de telefoonregistraties overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoekster bij gelegenheid niet vriendelijk is geweest richting de zorgverzekeraar. De betreffende medewerker van de zorgverzekeraar heeft het telefoongesprek met verzoekster als zeer vervelend en agressief ervaren. Zijn collega heeft aan verzoekster medegedeeld dat het voor het vervolg van de dialoog gepast zou zijn eerst excuses te maken voor het gebruik van een scheldwoord. Verzoekster heeft gesteld excuses te willen ontvangen van de Raad van bestuur en van de betreffende medewerker van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar wacht evenwel nog steeds op excuses van verzoekster.
- 
- 5.9. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 
- 6.1. Gelet op artikel 10 van 'Deel A' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
- 

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 1 e.v. van 'Deel B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 1 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt voor zover hier van belang:

"lid 2 ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of

2. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Voor verpleging en verzorging die worden vergoed in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) zoals bedoeld in artikel 7 lid 2 geldt echter de maximale vergoeding vermeld in het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging; (...)"

8.4. Artikel 6 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch-specialist. (...)"

lid 2 a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen.

Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen.

ONVZ vergoedt de kosten voor medisch-specialistische zorg, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

lid 2 b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. ONVZ vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen;(...)"

8.5. Artikel 9 van 'Deel B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op revalidatie en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Medisch-specialistische revalidatie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische revalidatie als:

1. deze zorg voor u het meest doeltreffend is ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. De handicap is het gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of

van een aandoening van het centrale zenuwstelsel en leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en
2. u met deze zorg een mate van zelfstandigheid kunt bereiken of behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Medisch-specialistische revalidatie kan plaatsvinden:

1. in deeltijd- of dagbehandeling;
2. tijdens een opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname; (...)"

- 8.6. Artikel 17 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg, waaronder fysiotherapie, bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of oedeemfysiotherapeut.

Er moet sprake zijn van een indicatie in verband met een aandoening, die in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is genoemd. De daarbij genoemde behandelduur mag niet zijn overschreden. Bij de in de bijlage genoemde aandoeningen 'lymfoedeem' en 'littekenweefsel van de huid al dan niet na trauma', kan ook een huidtherapeut de behandeling uitvoeren.

Als u 18 jaar of ouder bent, worden de kosten van de eerste 20 behandelingen voor de betreffende aandoening niet vergoed; (...)"

- 8.7. Artikel 19 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Aanspraak bestaat op:

1. de door ONVZ aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De aanwijzing door ONVZ is zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor u beschikbaar is. De nadere omschrijving van de aanspraak is opgenomen in het Reglement Farmaceutische zorg. Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden; (...)"

- 8.8. Artikel 20 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg, waaronder verbandmiddelen, bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 5 ONVZ vergoedt alleen de kosten van verbandmiddelen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen nodig is; (...)"

- 8.9. Artikel 22 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse, per taxi of per eigen auto tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Als ONVZ u toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking tot 200 kilometer niet.

lid 2 ONVZ vergoedt de kosten van zittend ziekenvervoer alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. Bij het verlenen van toestemming kan ONVZ voorwaarden stellen aan de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

lid 3 Bij gebruik van de eigen auto vergoedt ONVZ € 0,31 per kilometer. ONVZ gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto volgens de routeplanner Routenet; (...)"

- 8.10. Artikel 24 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op gespecialiseerde GGZ bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 2 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van Gespecialiseerde GGZ. ONVZ vergoedt naast de kosten van de behandeling ook de bij de behandeling behorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Deze aanspraak geldt echter niet voor de verzekerde jonger dan 18 jaar.

De hoofdbehandelaar is:

- *BIG-geregistreerd klinisch psycholoog,*
- *BIG-geregistreerd psychotherapeut,*
- *BIG-geregistreerd verslavingsarts, geregistreerd in het profielregister verslavingsartsen KNMG, of*
- *BIG-geregistreerd psychiater, ingeschreven in het Specialistenregister KNMG.*

De hoofdbehandelaar werkt binnen een multidisciplinaire context waarin minimaal een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, klinisch geriater of verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg werkzaam is.

lid 3 De omvang van de zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

lid 4 Voor Gespecialiseerde GGZ – met of zonder opname – is een gerichte verwijzing nodig door een huisarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

lid 5 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

- *behandeling van niet of laag complexe psychische stoornissen die in de Generalistische Basis GGZ kunnen worden behandeld;*
- *behandeling van aanpassingsstoornissen;*
- *hulp bij werk- en relatieproblemen; (...)"*

- 8.11. Artikel 25 van 'Deel B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of kunt u de toelichting Grens aan zorg in het buitenland raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:

1. *aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of*
2. *aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2; (...)"*

- 8.12. De artikelen 1, 6, 9, 17, 19, 20, 22, 24 en 25 van 'Deel B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 'Deel A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.13. Artikel 11, eerste lid, 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. Medisch specialistische zorg, waaronder tevens revalidatie en specialistische geestelijke gezondheidszorg vallen, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 tot en met 2.29 Rzv.

Artikel 2.15 sub j Rzv bepaalt dat aanspraak bestaat op:

"verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen."

Paramedische zorg, waaronder fysiotherapie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en Bijlage 1 Bzv.

Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv.

Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.37 Rzv.

- 8.14. 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 zorgverzekeraar 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.

- 8.15. Artikel 17 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"Een verzekerde en zijn gezinsleden die in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat wonen, hebben in de lidstaat van hun woonplaats recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de woonplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof zij krachtens die wetgeving verzekerd waren."

- 8.16. Artikel 18 lid 1 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"Tenzij anders is bepaald in lid 2, kunnen de in artikel 17 bedoelde verzekerden en hun gezinsleden de verstrekkingen eveneens tijdens een verblijf in de bevoegde lidstaat verkrijgen. De verstrekkingen worden verleend door en voor rekening van het bevoegde orgaan, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkene in die lidstaat woonde; (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster werkt in Nederland en woont in België. Zij is op grond van artikel 1, onder f, van Vo. nr. 883/2004 te beschouwen als grensarbeider. Vanwege het werkland-beginsel van artikel 11, derde lid, van genoemde verordening is zij in Nederland verzekeringsplichtig. Nederland is daarmee de bevoegde staat met betrekking tot de financiering van die zorg. Verzoekster kan echter, op grond van de artikelen 17 en 18 van de verordening, kiezen of zij wil gebruikmaken van de zorg in Nederland volgens het Nederlandse wettelijke stelsel, dan wel in België volgens het Belgische wettelijke stelsel. In de laatste situatie dient zij zich met een van de Nederlandse zorgverzekeraar verkregen S1-formulier (voorheen E106-formulier) aan te melden bij een mutualiteit, hetgeen verzoekster kennelijk ook heeft gedaan.

- 9.2. De hiervóór beschreven mogelijkheid in beide landen zorg te genieten conform het ter plaatse geldende wettelijke stelsel, biedt echter geen garantie voor volledige kostendekking van de ontvangen zorg. De verordening regelt slechts dat één van de beide relevante wetgevingen van toepassing is in grensoverschrijdende situaties, maar niet dat er altijd een regeling is waarop betrokkene zich kan beroepen. Doel van de verordening is immers uitsluitend coördinatie, en niet harmonisatie van sociale verzekeringsstelsels. Op grond van artikel 168, zevende lid, VWEU zijn de lidstaten zelf verantwoordelijk voor de invulling van hun gezondheidsbeleid, alsmede voor de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging.

- 9.3. De door verzoekster ingediende nota's van de Belgische zorgaanbieders dienen derhalve door de zorgverzekeraar aan de voorwaarden van de zorgverzekering te worden getoetst, alvorens tot vergoeding daarvan kan worden overgaan. Ten aanzien van de aanspraken op grond van de zorgverzekering geldt het volgende.

Revalidatie

- 9.4. Voor de vergoeding van de kosten van revalidatie is de zorgverzekeraar, overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 van 'Deel B' van de zorgverzekering, uitgegaan van de DBC- zorgproductcode 14D829 met als omschrijving: *"Behandeling met een of meerdere zorgverleners tot maximaal 72 behandeluren in de polikliniek of tot maximaal 14 verpleegdagen bij een aandoening van de organen"*. Deze DBC-zorgproductcode kan, gelet op het advies van het Zorginstituut van 15 september 2017, passend zijn. Een en ander is verder toegelicht in het definitief advies van 7 december 2017.

Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat de gebruikte code in haar situatie niet toepasbaar is, met name is door verzoekster niet met medische stukken onderbouwd dat sprake is geweest van meer dan 72 behandeluren. Het betreft een code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven niet vrij onderhandelbaar zijn. Volgens opgave van de zorgverzekeraar is het bijbehorende tarief € 3.106,69. Aan verzoekster is een vergoeding verleend, uitgaande van genoemd tarief, zodat zij geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

Fysiotherapie

- 9.5. Bij e-mailbericht van 30 juli 2015 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat de kosten van fysiotherapie door de Christelijke Mutualiteit zijn vergoed. Uit de stukken is niet gebleken dat nadien nota's bij de zorgverzekeraar zijn gedeclareerd die niet door de Christelijke Mutualiteit zijn vergoed, zodat dit onderdeel geen verdere bespreking behoeft.

Geneesmiddelen en verbandmiddelen

- 9.6. Aanspraak bestaat op de door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling Zorgverzekering. Bij e-mailbericht van 30 juli 2015 heeft de zorgverzekeraar een overzicht overgelegd van de geneesmiddelen die niet zijn vergoed met de daarbij behorende afwijsggrond. Uit het overzicht blijkt dat bepaalde middelen niet zijn vergoed, omdat het gaat om een niet-geregistreerd geneesmiddel, een zelfzorggeneesmiddel of een verbandmiddel. Niet-geregistreerde geneesmiddelen vallen onder de dekking van de zorgverzekering indien aanwijzing door de Minister van VWS heeft plaatsgevonden dan wel het een zogenoemde 'orphan drug' of 'magistrale bereiding' betreft. In dit geval is het een noch het ander aan de orde. De kosten van zelfzorggeneesmiddelen zijn voor eigen rekening. Ten aanzien van de verbandmiddelen heeft de zorgverzekeraar nadien medegedeeld deze voor 2014 en 2015 alsnog te vergoeden, waardoor hierover geen geschil meer bestaat. Er is geen vergoeding mogelijk voor het remgeld indien een middel niet vanuit de zorgverzekering kan worden vergoed.

Zittend ziekenvervoer

- 9.7. De kosten met betrekking tot het zittend ziekenvervoer zijn per abuis dubbel gedeclareerd. Verzoekster heeft de betreffende kosten reeds van de Christelijke Mutualiteit uitgekeerd gekregen zodat de zorgverzekeraar deze ten onrechte nogmaals heeft betaald. De zorgverzekeraar heeft besloten het ten onrechte betaalde bedrag niet terug te vorderen van verzoekster. Na deze betaling heeft de zorgverzekeraar geen overzicht ontvangen van de Christelijke Mutualiteit waardoor (vooralnog) geen verdere kosten zijn gedeclareerd.

Psychologische behandelingen

- 9.8. In artikel 24 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op gespecialiseerde GGZ. Blijkens de nota's die door verzoekster zijn ingestuurd, is sprake geweest van relaxatietherapie, coaching en stressmanagement. Bij brief van 6 juli 2017 concludeert de zorgverzekeraar dat deze kosten niet vallen onder de dekking van de zorgverzekering. Uit het eerder aangehaalde advies van het Zorginstituut volgt dat de mate waarin de relaxatietherapie is toegepast (19 maal gedurende een periode van negen maanden) geen verzekerde zorg betreft. Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de onderhavige behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

Bejegening

- 9.9. Verzoekster heeft zich tot slot beklagd over de bejegening door de zorgverzekeraar en verlangt hiervoor excuses. De zorgverzekeraar heeft in reactie hierop medegedeeld dat de toon van de telefoongesprekken onaangenaam was en dat juist de betreffende medewerker door verzoekster onheus is bejegend. Zij zou dan ook haar excuses moeten aanbieden. De commissie overweegt dat de communicatie tussen partijen niet soepel is verlopen. Gelet op de emoties over en weer lijken excuses over en weer op zijn plaats. Excuses hebben echter slechts waarde als deze zonder dwang worden aangeboden. De commissie laat het derhalve aan partijen om dit alsnog te doen. Ten overvloede merkt de commissie op dat het feit dat verzoekster zich onheus bejegend voelt, op zich en zonder nadere motivering en/of onderbouwing - die hier ontbreekt - geen grond vormt voor toekenning van de door verzoekster ingeroepen vergoedingsrechten.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 januari 2018,

H.A.J. Kroon