



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA
Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg
Zaak : Egypte, declaratie zorgkosten, doelmatigheid, indicatie
Zaaknummer : 201600681
Zittingsdatum : 28 september 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Restitutie (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 Sterk 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).
De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tand Sterk is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 medisch specialistische zorg, genoten in Caïro (Egypte), ten bedrage van 32.405,-- Egyptische Pond (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 november 2015 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 11 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoeker heeft zich hierna tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 6 april 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering 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 7 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 juli 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 september 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 11 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 10 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016093602) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten.
Op basis van het dossier lijkt er sprake van te zijn geweest dat verzoeker pijn op de borst had waarvoor analyse op de ICU (Intensive Care Unit) heeft plaatsgevonden. Lichamelijk onderzoek liet een verhoogde bloeddruk zien. De ECG en de bloedwaarden waren niet afwijkend. Verzoeker is bekend met diabetes mellitus en dit is onder controle (bloed en urine waren niet afwijkend). Verzoeker werd ter observatie opgenomen, waarbij controle ECG en 24-uur monitoring van de bloeddruk. Dit is geen afwijkende zorg in een acute situatie bij een patiënt met pijn op de borst. Een slaaponderzoek (niet nader gespecificeerd) is geen gebruikelijke zorg bij een diabetes mellitus patiënt. Beeldvormend onderzoek van buik/bekken door middel van CT/echo is niet gebruikelijk bij een patiënt met pijn op de borst. Vooral ook niet als het algemeen bloedbeeld en het urine-onderzoek geen afwijkingen laten zien. De diabetes mellitus was onder controle. De langdurige opname (behoudens de eerste drie dagen op de ICU) is niet verder medisch onderbouwd. In Nederland heeft een patiënt volledige toegang tot zijn dossier en kan hij hiervan een kopie krijgen. In hoeverre dit ook voor Egypte geldt, is niet duidelijk. Het is wel normaal dat een arts een brief schrijft aan een andere arts. In het onderhavige geval zou te verwachten zijn dat de artsen in Egypte een brief meesturen voor de (huis)arts(en) in Nederland met daarin alle details omtrent de gebruikte medicatie. Dit is namelijk belangrijk vanwege interacties met andere middelen. Daarnaast zijn er een aantal afwijkingen gevonden. Hiervoor is een behandelplan te verwachten; verzoeker moest immers ook poliklinische afspraken maken met cardiologie, gastroenterologie en endocrinologie. Vooralsnog geldt dat alleen de eerste analyse vergelijkbaar is met de zorg in Nederland. Bij een patiënt met pijn op de borst is kortdurende behandeling en opname op de intensive care gebruikelijk.
Er zou een medische verklaring (indicatie) moeten worden gegeven voor het uitvoeren van aanvullend onderzoek (echo en CT). Daarnaast zou er meer duidelijkheid omtrent het behandelplan moeten zijn.
Het Zorginstituut is van oordeel dat niet zonder meer vaststaat dat verzoeker niet in aanmerking komt voor het gevraagde.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 11 augustus 2016 aan partijen gezonden. Daarbij is aan verzoeker de opdracht gegeven aanvullende medische informatie over de zorg in Egypte op te vragen en aan de commissie over te leggen. Verzoeker heeft deze informatie binnen de daartoe gestelde termijn niet aangeleverd.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 september 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 3 oktober 2016 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 13 oktober 2016 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker verbleef van 25 juni 2015 tot en met 11 juli 2015 in Egypte. Tijdens zijn verblijf kreeg hij pijn op de borst. Aangezien deze klachten hem verontrustten, heeft hij zich gewend tot een arts die hem verwees naar het ziekenhuis. Verzoeker is van 26 juni 2015 tot en met 2 juli 2015 in het ziekenhuis opgenomen geweest. De betreffende ziekenhuisnota is op 5 juli 2015 gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft vergoeding afgewezen omdat de kosten van het laboratoriumonderzoek, de ECG en de echo zouden zijn gemaakt in augustus 2015, terwijl verzoeker eind juni/begin juli 2015 was opgenomen in het ziekenhuis. Voorts wordt in het medisch rapport gesproken over een 'chest infection', maar bij het laboratoriumonderzoek zou niet zijn gekeken naar infectie-parameters. Ook zou niet zijn onderzocht of in het bloed aanwijzingen waren voor een hartinfarct. Daarnaast zouden de ECG en het laboratoriumonderzoek hebben laten zien dat geen sprake was van ernstige pathologie, waarvoor een ziekenhuisopname noodzakelijk was. Ten slotte zou voor het uitvoeren van de echo en de CT van de buik geen indicatie zijn, en evenmin voor het uitvoeren van een slaaponderzoek. Nadat verzoeker desgevraagd een aantal rapportages aan de ziektekostenverzekeraar had gestuurd, werd hem medegedeeld dat geen sprake is van een behandeling waarop hij naar inhoud en omvang redelijkerwijs was aangewezen. Het zou ondoelmatige zorg betreffen waardoor de nota niet voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoeker kan zich in deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet vinden.
- 4.2. De behandelend arts heeft op 2 juli 2015 over verzoeker verklaard: *"Male patient admitted to our hospital (ICU department) complaining of central chest pain, chest tightness. Bij exam: PT BL.P high 180/110. Chest: theris expiratory wheases (chest infection). PT: with past history of (ch. Liver disease). PT. known to be diabetic, we make ECG. BL.P montaring 24 hour. Sonar Abd, p[e]lvis and sleep test and CT Abd. Pelvis. PT. recieved drugs for control hyper tension, coronary dilaters and treatment for chest infection and control D.M. The case controlled on the third day of admission, PT discharged from ICU to Floors for complete his treatment and discharged at 2/7/2015. The diagnosis: PT. is hyper te[n]sive, Diabetic, liver cirrhosis, splenomogany. Finally patient recieved advisement and follow up in the out patient clinic with the professor of Gastro-entrolgy. Cardiologist, endocrnolgy."*
- 4.3. Dat verzoeker werd opgenomen in het ziekenhuis in Caïro kan hem niet worden verweten. Immers, op dat moment was hij overgeleverd aan de artsen aldaar. Verzoeker lag niet voor niets in het ziekenhuis; hij was zo ziek dat hij niet in staat was met de behandelend arts in discussie te gaan, voor zover daartoe trouwens al enige aanleiding en gelegenheid bestond. Het kan verzoeker niet worden aangerekend dat het ziekenhuis fouten maakt in de datering. Indien er vragen zijn over een medische behandeling dienen deze te worden gesteld aan de behandelend arts. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat contact kan worden gezocht met de arts die hem in Caïro heeft behandeld. Een medewerker van de afdeling Bureau Bijzonder Onderzoek van de ziektekostenverzekeraar raadde verzoeker echter aan de gestelde vragen te vertalen en door te sturen naar de zorgverlener (het ziekenhuis in Caïro). Verzoeker is hiertoe overgegaan, en de door hem ontvangen reactie van het ziekenhuis is direct doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Benadrukt dient te worden dat verzoeker niet medisch onderlegd is, zodat de door de ziektekostenverzekeraar gestelde vragen voor hem niet te begrijpen zijn. De verantwoordelijkheid voor het aanleveren van medische gegevens, en het al dan niet voeren van een medische discussie kan niet bij verzoeker worden gelegd, aangezien hij slechts de patiënt is. De afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar behelst grotendeels kritiek op de behandelwijze van de zorgverlener in Caïro. Verzoeker heeft daarvan echter geen verstand. Hij is als patiënt opgenomen geweest en het kan hem niet worden verweten dat de behandelwijze in Egypte afwijkt van die in Nederland. Als de ziektekostenverzekeraar onduidelijkheden heeft geconstateerd, dient hij dat in overleg met de zorgverlener op te lossen, al dan niet via een daartoe bevoegd persoon in Egypte. Kennelijk is door de ziektekostenverzekeraar niet rechtstreeks met de behandelend arts in Caïro contact gezocht. Dit kan verzoeker niet worden tegengeworpen. De ziektekostenverzekeraar dient de ziekenhuisnota daarom volledig te vergoeden.

- 4.4. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat hij moeite heeft gedaan om de gevraagde informatie te verkrijgen, onder meer via de ambassade, maar dat dit niet is gelukt. De ambassade wilde geen algemene informatie verstrekken, omdat verzoeker geen verzekering heeft in Egypte. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat Egypte openbare ziekenhuizen en privéklinieken kent. De openbare ziekenhuizen zijn alleen toegankelijk voor Egyptisch verzekerden. Daarom is een privékliniek bezocht. Verzoeker verkeerde op dat moment in een afhankelijkheidspositie; hij kon niet anders. Tot slot heeft verzoeker verklaard dat hij elke zes weken bij de huisarts komt in verband met diabetes en leverproblemen. Bij terugkomst uit Egypte heeft de huisarts verzoeker onderzocht en de medicatie aangepast.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Aanspraak bestaat op vergoeding van medisch specialistische behandelingen als een verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (artikel A.3.2. van de voorwaarden). Er moet een medische indicatie voor de ingreep bestaan. Dat wil zeggen dat duidelijk moet zijn dat de behandeling in die situatie de meest passende is. Als deze indicatie er niet is, gaat het om een zogenoemde ondoelmatige behandeling die niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.2. Verzoeker heeft op 5 juli 2015 een nota van een opname in het Al Marwa Hospital in Caïro gedeclareerd. Hij is van 25 juni 2015 tot en met 11 juli 2015 verbleven in Egypte, en van 26 juni 2015 tot en met 2 juli 2015 opgenomen geweest in genoemd ziekenhuis. De afdeling Declaraties heeft aan verzoeker een vragenformulier gestuurd en bij hem aanvullende informatie opgevraagd. Verzoeker heeft aanvullende stukken ingestuurd en een reactie van het ziekenhuis in Caïro bijgevoegd. Daarnaast heeft verzoeker verklaard dat hij is behandeld in verband met borstpijn en dat familieleden het bedrag van de declaratie hebben voorgesloten. Verzoeker is niet onder behandeling geweest bij een arts in Nederland, maar hij heeft zijn problemen wel besproken met de huisarts en psychiater. Naar aanleiding van de nota, het vragenformulier en de ontvangen gegevens is besloten het dossier door te sturen naar de afdeling Bureau Bijzonder Onderzoek. De medisch adviseur heeft het dossier beoordeeld en is tot de volgende conclusie gekomen.
- 5.3. In het dossier is een aantal tegenstrijdigheden geconstateerd. Het ziekenhuis heeft later verklaard dat in eerste instantie een fout is gemaakt met het noteren van de datum. De correcte datum is 26 juli 2015. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat dit niet hoort voor te komen. Juist voor het tijdsbeloop is een juiste datering van elk onderzoek noodzakelijk. Verzoeker is verzocht uit te leggen waarom in het laboratorium niet is gekeken naar infectieparameters om te kunnen bepalen of sprake is geweest van een 'chest infection'. Het ziekenhuis heeft verklaard dat deze infectie klinisch is gediagnosticeerd. Dit is niet conform de huidige maatstaven. Met enkel een klinische diagnose en een thoraxfoto kan een 'chest infection' niet afdoende worden onderzocht. Er is voorts niet gekeken of in het bloed aanwijzingen zijn voor een hartinfarct. Daarnaast is geen onderzoek gedaan naar afwijkingen passend bij een hartinfarct. Op de vraag hiernaar wordt geen antwoord gegeven door het ziekenhuis. Evenmin zijn stukken ingestuurd waaruit blijkt of een mogelijk hartinfarct is onderzocht. Aan verzoeker is gevraagd waarom hij langere tijd opgenomen is geweest. Het ECG en de uitkomsten van het laboratoriumonderzoek laten zien dat geen ernstige pathologie aan de orde was waarvoor verzoeker opgenomen zou moeten worden of verdere diagnostiek ingezet zou moeten worden. Het ziekenhuis heeft weliswaar een uitslag van de echo abdomen bijgesloten, maar ook deze verklaart de langdurige opname niet. Voorts is gevraagd op basis van welke medische noodzaak de echo en de CT van de buik zijn uitgevoerd. Het ziekenhuis heeft op deze vraag geen antwoord gegeven.

Voor het uitvoeren van een slaaponderzoek bestaat geen indicatie. Het ziekenhuis heeft verklaard dat een slaapttest in Egypte volgens protocol wordt uitgevoerd bij alle diabetische patiënten. In Nederland is dit geen reguliere werkwijze.

Verder is verzocht uitleg te geven over de conclusie van de ziektekostenverzekeraar dat de vergrote milt en levercirrose moeten leiden tot een wijziging in de bloedwaarden. Het ziekenhuis heeft hierop geen antwoord gegeven.

Tevens is verzoeker gevraagd aan te geven welke medicijnen hij heeft gehad. Het ziekenhuis heeft verklaard dat geen enkel ziekenhuis ter wereld informatie geeft over geneesmiddelen. Het ziekenhuis beantwoordt deze vraag daarom niet. De ziektekostenverzekeraar ontvangt regelmatig van ziekenhuizen overzichten met geneesmiddelen, en daarom wordt de verklaring van het ziekenhuis in Caïro niet geloofwaardig geacht.

De medisch adviseur is op basis van de gegevens tot de conclusie gekomen dat de noodzaak voor de behandeling onvoldoende is onderbouwd. Er zijn teveel onduidelijkheden en zelfs onjuistheden geconstateerd. De behandelend arts in Caïro heeft geen informatie verstrekt waaruit de medische noodzaak wél blijkt. De ziektekostenverzekeraar is zodoende van oordeel dat geen sprake was van een behandeling waarop verzoeker naar inhoud en omvang redelijkerwijs was aangewezen. Hierdoor betreft het ondoelmatige zorg. De onderhavige nota komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking.

De ziektekostenverzekeraar ziet geen reden rechtstreeks contact op te nemen met de behandelend arts dan wel het ziekenhuis in Caïro. De ervaring leert bovendien dat een verzekeraar geen medische gegevens krijgt in verband met de privacy van de patiënt en het taalprobleem.

De ziektekostenverzekeraar zal toekomstige declaraties van verzoeker nauwgezet controleren.

- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar geconstateerd dat door verzoeker geen nadere medische informatie is verstrekt. Ook voor het Zorginstituut is niet duidelijk waarom bepaalde onderzoeken zijn uitgevoerd. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het in voorkomend geval raadzaam is de alarmcentrale in te schakelen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. 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 de aanspraak 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 3 x 365 dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

(...)

Voorwaarden

Algemeen

Een opname komt maximaal 3 x 365 aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering.

(...)

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

- Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.

(...)

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

(...)"

- 8.4. In artikel A.3.2. van de zorgverzekering is - onder meer - opgenomen dat aanspraak bestaat op zorg waarop de verzekerde, gelet op zijn indicatie, naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

- 8.5. Artikel A.19. van de zorgverzekering betreft nota's en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

A.19.2. Nota's indienen

Als u nota's instuurt, gebruikt u dan onze gratis NotaApp. Om nota's in te sturen kunt u ook gebruik maken van uw persoonlijke pagina op onze internetsite. En u kunt ons ook nota's sturen op papier.

Wij handelen nota's af volgens de verzekeringsvoorwaarden van de door u gesloten verzekering(en), als ze aan bepaalde eisen voldoen:

(...)

- Nota's moeten zo gespecificeerd en vertaald zijn, dat wij deze zonder vertaling, navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kunnen afhandelen. Voor specificatie van nota's

gaan wij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst. Zo moeten op een nota bij voorbeeld de naam en het adres van de zorgverlener, uw naam, de inhoud, aantal/periode en het bedrag van de geleverde zorg staan. Op nota's van geneesmiddelen die u in het buitenland hebt gehaald, moet bijvoorbeeld vermeld staan wat de naam van het geneesmiddel is, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm. Als voor een bepaalde zorgvorm door de NZa specifieke eisen gesteld worden, gelden deze eisen boven die van de belastingdienst.
(...)"

- 8.6. Artikel A.20. van de zorgverzekering betreft de hoogte van de vergoeding en luidt, voor zover hier van belang:

"A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw nota volledig voor onze rekening nemen. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Dit is het tarief dat, of het gemiddelde van de tarieven die we in een zorg- en/of internetovereenkomsten met zorgverleners hebben vastgelegd. Op onze internetsite vindt u de tarieven voor de verschillende zorgvormen.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Dit is het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het zijn tarieven waarbij geen marge (speelruimte) is aangegeven. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd. Ze zijn dus nooit hoger dan de maximale aanspraken vanuit uw verzekering.

3. Marktconform tarief of redelijke marktprijs

Dit is het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is. Dat is tot ten hoogste het tarief dat in de Nederlandse markt in redelijkheid passend is te achten. De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgverleners in Nederland declareren. Als een nota voor zorg buitensporig afwijkt van nota's voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners is in dat geval niet meer sprake van een marktconform tarief of redelijke marktprijs. Wij betalen in dat geval niet het deel van de nota, dat uitkomt boven het marktconform tarief of de redelijke marktprijs; we betalen dus maximaal het marktconform tarief of de redelijke marktprijs.

4. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de nota staat.
(...)

A.20.2.3. Zorgverzekering Restitutie en Aanvullende verzekering (met alleen vergoedingen op restitutiebasis)

a. Afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg?
Dan hebt u recht op de behandeling volgens het afgesproken tarief.

b. Geen verlaging van tarief

Wij verlagen het tarief niet als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen zorgovereenkomst hebben.

c. Volledig tarief (100%) van het vast wettelijk of marktconforme tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan vergoeden wij het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief").

Is er geen punttarief, dan vergoeden wij het volledige (100%) marktconforme tarief.

Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het marktconforme tarief, dan vergoeden we dit lagere in rekening gebrachte bedrag.

d. Gedeclareerd tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En hebben wij voor de soort behandeling/zorg ook geen zorg- en/of internetovereenkomst gesloten met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief / de redelijke marktprijs is niet of nauwelijks vast te stellen?

*Dan vergoeden wij het gedeclareerde tarief. Dit vergoeden wij tot maximaal het bedrag waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt.
(...)"*

- 8.7. De artikelen A.3.2., A.19., A.20. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft 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 D.14. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"D.14.1. Spoedeisende zorg in buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Dat is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.

Wij vergoeden:

*a. zorg die onder uw zorgverzekering of aanvullende verzekering ook zou zijn vergoed als u die kosten in Nederland of uw woonland zou hebben gemaakt maar waarvan de kosten door hogere buitenlandse tarieven voor een deel voor uw rekening blijven. (Wij vergoeden namelijk kosten volgens Nederlandse tarieven. Zie daarvoor artikel A.20.) De buitenlandse tarieven zijn vaak anders (lager of hoger) dan de Nederlandse tarieven. Als de buitenlandse tarieven hoger zijn dan de Nederlandse, dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekering deze meerkosten tot maximaal het tarief dat in uw Vergoedingen Overzicht staat;
(...)*

Of uw aanvullende verzekering vergoeding voor deze zorg geeft, staat op uw Vergoedingen Overzicht. Als deze zorg vergoed wordt, dan is dat samen met de vergoeding uit de basisverzekering tot een maximum dat ook op uw Vergoedingen Overzicht staat. Kijkt u daar welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden.

Let op!

- In de zorgverzekering kan deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In hoofdstuk B kunt u lezen of u daar recht op hebt. Als dat zo is, gaat die zorg vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
(...)

Voorwaarden

Algemeen

- U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering;
- De zorg is spoedeisend. Dat is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.
- Uw verblijf is tijdelijk, als u korter dan 365 dagen aaneengesloten in het buitenland bent.
- Het bedrag dat u voor buitenlandse zorg declareert, mag niet hoger zijn dan gebruikelijk is in het land waar u tijdelijk verblijft;
- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;
- Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar;
- U moet geheel meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst.

Zorgverlener

Een zorgverlener die gevestigd is in het buitenland waar u tijdelijk verblijft, verleent de zorg. Deze zorgverlener voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet zorgadvies en een akkoordverklaring aanvragen bij ons of bij de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen Nederland en Egypte bestaat geen verdrag op het terrein van de sociale ziektekostenverzekering, zodat uitsluitend de voorwaarden van de zorgverzekering van toepassing zijn.
- 9.2. Vaststaat dat verzoeker van 26 juni 2015 tot en met 2 juli 2015 opgenomen is geweest in een ziekenhuis in Cairo. De betreffende nota, ten bedrage van 32.405,-- Egyptische Pond, is door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de nota afgewezen.
De ziektekostenverzekeraar baseert zijn afwijzende beslissing op artikel A.3.2. van de zorgverzekering, waarin is geregeld dat een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de zorg. De commissie leidt hieruit af dat niet ter discussie staat dat de in Egypte aan verzoeker verleende zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering.

Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker een indicatie had voor de verleende zorg en zo ja, of de betreffende zorg ook doelmatig was.

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat enkel op basis van een klinische diagnose en een thoraxfoto een 'chest infection' niet afdoende kan worden onderzocht. Bovendien is niet gekeken of in het bloed aanwijzingen waren voor een hartinfarct. Daarnaast is geen onderzoek gedaan naar afwijkingen passend bij een hartinfarct. De ECG en het laboratoriumonderzoek laten volgens de ziektekostenverzekeraar zien dat geen ernstige pathologie aan de orde was waarvoor verzoeker opgenomen zou moeten worden of verdere diagnostiek ingezet zou moeten worden, zodat de langdurige opname niet kan worden verklaard. Voor de echo en de CT van de buik bestond geen medische noodzaak, en voor het uitvoeren van een slaaponderzoek bestond geen indicatie. De werkwijze van het Egyptische ziekenhuis is niet regulier, en de verklaringen van het ziekenhuis zijn niet afdoende en op sommige punten niet geloofwaardig. Verzoeker heeft het voorgaande bestreden. Hij was overgeleverd aan de artsen in het ziekenhuis en heeft vertrouwd op hun deskundigheid. Volgens verzoeker kan hem niet worden tegengeworpen dat de behandelwijze in Egypte afwijkt van die in Nederland. Verzoeker stelt dat sprake is van zorg waarop hij naar inhoud en omvang redelijkerwijs was aangewezen, en dat deze zorg doelmatig was.

De commissie overweegt dienaangaande als volgt.

De eis dat een verzekerde een (verzekerings)indicatie dient te hebben voor een bepaalde vorm van zorg is opgenomen in artikel A.3.2. van de zorgverzekering. Dit artikel vindt zijn grondslag in artikel 14 lid 1 Zvw en artikel 2.1 lid 3 Bzv.

De - daarnaast geldende - eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn, behoort gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.1 lid 3 Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. In het onderhavige geval is de doelmatigheid eveneens omschreven in artikel A.3.2. van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie komt ten aanzien daarvan een integrale toetsingsbevoegdheid toe.

Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 10 augustus 2016 geconcludeerd dat alleen de eerste analyse vergelijkbaar is met de zorg in Nederland. Bij een patiënt met pijn op de borst is kortdurende behandeling en opname op de intensive care gebruikelijk. Derhalve is het ter observatie opnemen, waarbij een controle ECG en 24-uur monitoring van de bloeddruk zijn uitgevoerd, geen afwijkende zorg in een acute situatie bij een patiënt met pijn op de borst. Een slaaponderzoek is geen gebruikelijke zorg bij een diabetes mellitus patiënt. Beeldvormend onderzoek van buik/bekken door middel van CT/echo is niet gebruikelijk bij een patiënt met pijn op de borst. De langdurige opname (behoudens de eerste drie dagen op de ICU) is niet medisch onderbouwd.

De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat vast staat dat een kortdurende behandeling en IC-opname, waarbij een controle ECG en 24-uurs monitoring van de bloeddruk geïndiceerd waren en dat deze zorg doelmatig was. De overige aan verzoeker verleende zorg was niet geïndiceerd en/of niet doelmatig. Verzoeker heeft, daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, het tegendeel niet aannemelijk gemaakt. De stelling van verzoeker dat het niet op zijn weg lag dit aannemelijk te maken, maar dat de ziektekostenverzekeraar hiernaar onderzoek had moeten doen, treft - gelet op het bepaald in artikel A.19. van de zorgverzekering - geen doel.

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de nota van het Egyptische ziekenhuis, althans voor zover het de kortdurende behandeling en IC-opname betreft, waarbij een controle ECG en 24-uurs monitoring van de bloeddruk, aan verzoeker te vergoeden. Op grond van artikel A.20. van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten tot maximaal het Nederlandse marktconforme tarief.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Ingevolge artikel D.14. van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland tot 100% van het gedeclareerde tarief. Hiervoor is vastgesteld dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van een gedeelte van de kosten van de



onderhavige zorg tot maximaal het Nederlandse marktconforme tarief. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker tevens aanspraak op een aanvullende vergoeding tot 100% van het gedeclareerde tarief voor deze zorg (kortdurende behandeling en IC-opname, waarbij een controle ECG en de 24-uurs monitoring van de bloeddruk). Door de ziektekostenverzekeraar is in de procedure geen beroep gedaan op het niet voldoen aan de voorwaarden van artikel D.14. van de aanvullende ziektekostenverzekering, zodat dat onderdeel van het verzoek voor toewijzing gereed ligt.



Conclusie

- 
- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van 100% van het gedeclareerde tarief voor een kortdurende behandeling en IC-opname, waarbij een controle ECG en de 24-uurs monitoring van de bloeddruk. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.6 omschreven.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 23 november 2016,



H.A.J. Kroon