

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, Hong Kong, loslating retina
Zaaknummer	: 2008.01711
Zittingsdatum	: 6 mei 2009

Zaak: 2008.01711, geneeskundige zorg, Hong Kong, loslating retina

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 5 juni 2007 de door hem in Hong Kong ondergane operatie in verband met de loslating van de retina van het rechteroog tot maximaal € 4.306,29 te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. Verzoeker werd tijdens een verblijf in Hong Kong geconfronteerd met het loslaten van de retina, waarvoor hij ter plaatse is behandeld. Ten behoeve van deze behandeling is door Eurocross, in overleg met [naam zorgverzekering], een garantieverklaring afgegeven. De zorgverzekeraar heeft de volledige nota van het ziekenhuis in Hong Kong betaald en heeft de kosten die de maximale vergoeding van het Nederlandse tarief te boven gaan bij verzoeker teruggevorderd. Verzoeker heeft naar aanleiding van deze terugvordering bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de volledige nota ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 9 februari 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 21 juli 2008 heeft verzoeker zijn geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.6. Bij brief van 21 november 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 25 februari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 maart 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 maart 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 22 april 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 12 maart 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 26 maart 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat het feit dat het om een spoedeisende ingreep gaat, geen reden is tot een hogere vergoeding over te gaan. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 mei 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 7 mei 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 11 mei 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat sprake is van een spoedeisende operatie. Hij liep, naar achteraf is gebleken, al vier dagen met de onderhavige aandoening rond voordat hij in Hong Kong een arts heeft bezocht. Toen de diagnose werd gesteld bleek dat de operatie niet langer kon worden uitgesteld. Hij is de volgende dag geopereerd. Hij stelt dat de zorgverzekeraar met het vergoeden van de kosten op basis van een reguliere behandeling onjuist heeft gehandeld.
- 4.2. Voorts stelt verzoeker dat hij onvoldoende dan wel misleidend is geïnformeerd door Eurocross. Zijn echtgenote heeft de opname direct telefonisch gemeld bij Eurocross. Tijdens dit gesprek is haar medegedeeld dat het Canossa Hospital in Hong Kong bekend was bij de organisatie. Uit die mededeling is de conclusie getrokken dat de zorgverzekeraar ook bekend was met de tarieven. De echtgenote van verzoeker heeft uitdrukkelijk gevraagd of de kosten van de opera-

tie gedekt zouden zijn en deze vraag is bevestigend beantwoord. Haar is niet 'direct en nadrukkelijk' medegedeeld dat de tarieven in Hong Kong aanzienlijk verschilden van de Nederlandse tarieven. Haar is wel medegedeeld dat zij slechts op basis van derde klas was verzekerd. Ook in een tweede telefoongesprek op 13 februari 2007 is haar niet verteld dat de kosten in Hong Kong hoger zouden zijn dan die in Nederland. Haar is slechts medegedeeld dat een navordering zou volgen, indien de kosten hoger zouden zijn dan in Nederland.

- 4.3. Verzoeker stelt op eigen verzoek te zijn opgenomen op basis van een 'semi private room' en niet op basis van een 'general ward'. Ten eerste is een general ward niet te vergelijken met derdeklaas verpleging in Nederland, omdat het om een zaal gaat met twintig bedden. Bovendien bedragen de meerkosten volgens een sms-je dat hij kreeg van Eurocross slechts € 54,00, hetgeen geen meerprijs van € 5.977,21 rechtvaardigt.
- 4.4. Verzoeker stelt dat door de alarmcentrale van de zorgverzekeraar een onjuiste dan wel onvolledige informatie is verstrekt. Voorts stelt hij dat de zorgverzekeraar een onjuiste weergave van het gesprek met de medewerker van Eurocross heeft gegeven. Omdat de tape waarop dit gesprek is opgenomen is vernietigd, terwijl de zorgverzekeraar wist dat verschil van mening bestond over deze zaak, ligt het bewijsrisico bij de zorgverzekeraar.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling nadrukkelijk aangevoerd dat sprake was van een spoedeisende behandeling, omdat hij al vier dagen met de losgelaten retina rondliep, alvorens hij een arts heeft geraadpleegd.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij gebonden is aan de wettelijke bepalingen van de Zorgverzekeringswet. De artikelen van die wet bepalen dat de medisch noodzakelijke kosten die in het buitenland worden gemaakt, tot maximaal honderd percent van de Nederlandse tarieven worden vergoed.
- 5.2. De door Eurocross opgenomen gesprekken, worden uitsluitend voor interne doeleinde gebruikt, te weten het leereffect en de kwaliteitsverbetering. Daarom worden zij na korte termijn gewist. Deze tapes zijn uitdrukkelijk niet bedoeld als bewijs.
- 5.3. Uit de contacten met Eurocross is gebleken dat verzoeker direct is gewezen op het feit dat de kosten in Hong Kong niet zijn te vergelijken met die in Nederland. Tevens is verzoeker tijdig, dat wil zeggen vóór de oogoperatie, op de hoogte gebracht van vorengenoemd feit. Vervolgens heeft verzoeker zelf gekozen voor een 'semi private room'.
- 5.4. Het feit dat een betalingsgarantie is afgegeven, zegt nog niets over wie uiteindelijk de kosten draagt voor de onderhavige operatie. Om die reden is de onderhavige operatie vergoed voor een bedrag van € 4.306,29, behorende bij DBC-prestatiecode 01.11.00.0654.0063 die staat voor een retinaloslating, topklinische zorg. Door Eurocross is vervolgens de volledige rekening van het ziekenhuis voldaan, te weten € 10.283,50. Om die reden worden de meerkosten boven maximaal Nederland tarief,

te weten € 5.977,21, teruggevorderd.

- 5.5. Verzoeker heeft geen aanvullende verzekering en, voor zover bekend, evenmin een reisverzekering afgesloten.
- 5.6. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een spoedeisend karakter alleen een rol speelt indien er een verdrag tussen Nederland en China zou bestaan inzake spoedeisende zorg. Een dergelijk verdrag bestaat echter niet.
- 5.7. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de afdeling 'Aanspraken' van de zorgverzekering.
In artikel 1 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering wordt, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

*"U heeft bij (...) ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen aanspraak op onderstaande zorg.(...)
- verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;
- medisch specialistische (...) zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.*

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief. Dit geldt voor de volgende behandelingen:

*(...)
- Heupoperatie (i.v.m. artrose)*

Voorwaarde

U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken. "

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van aanspraak op zorg wordt in artikel 2.4 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering bepaald:

"De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken

vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.”

Met betrekking tot de Diagnose Behandeling Combinatie is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld in artikel 1 van de ‘Voorwaarden’ van de zorgverzekering:

“Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting vastgestelde, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgaanvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling (...).”

Voor de vergoeding van behandelingen in het buitenland geldt artikel 18 van de ‘Aanspraken’ waarin, voor zover hier relevant, het volgende is vermeld:

*“De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
(...)
vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van deze basisverzekering tot maximaal:
- indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag”.*

- 7.2. De regeling van de artikelen 1, 2.4, en 18 van de ‘Voorwaarden’ en artikel 1 van de ‘Aanspraken’ is volgens de algemene bepalingen, artikel 2.1 van de ‘Voorwaarden’ van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 is vervolgens bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in deze procedure in het midden kan blijven.

Met het bij brief van 13 februari 2007 door Eurocross namens de zorgverzekeraar schriftelijk verlenen van toestemming voor de onderhavige behandeling, tegen het in Nederland geldende tarief, is de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg en de indicatie in dit geschil beantwoord.

- 7.6. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de volgende vragen:
- (i) heeft de zorgverzekeraar de juiste DBC-prestatiecode(s) met het daarbij behorende tarief toegepast voor de onderhavige genoten zorg en
 - (ii) welke betekenis moet worden toegekend aan het telefoongesprek tussen de echtgenote van verzoeker en, namens de zorgverzekeraar, Eurocross?
- 7.7. De door de zorgverzekeraar initieel toegepaste DBC-prestatiecode 01.11.00.0654.0063, gezocht op de maand van de behandeling, staat voor ‘ oogheelkunde/reguliere zorg / retinadefect / retinaloslatting / topreferente verrichtingen met klinische episode(n)’. Dit betreft een DBC-prestatiecode uit het A-segment. De commissie is van oordeel dat, mede gelet op artikel 20 van de zorgverzekering, en gelet op de zorg die verzoeker heeft ontvangen, dit de meest passende DBC-prestatiecode is. Het betreft DBC-code uit het A-segment. De bij die codes behorende tarieven, te weten € 2.546,-- en € 670,60 ten tijde van de behandeling zoals blijkt uit de NZa Tariefapplicatie, zijn een gegeven. Dat het om een spoedeisende behandeling gaat, maakt vorenstaande niet anders.
- 7.8. De onder 7.7 bedoelde DBC-tarieven zijn gekoppeld aan een volledige behandeling en worden geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief. Ook niet bij een behandeling met spoedeisend karakter, zo daar sprake van zou zijn. Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (voorheen Ctg) per ziekenhuis en per periode een verrekenpercentage vastgesteld. Dit percentage, dat de vorm kan hebben van een toeslag, maar ook van een korting, dient onder andere ter compensatie van onderzoeks- en scholingstaken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld, en is afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds. Nu het verrekenpercentage afhankelijk is van de situatie in het ziekenhuis, en het - anders dan het DBC-tarief - niet rechtstreeks verband houdt met de uitgevoerde behandeling, ziet de commissie geen dwingende reden in geval van behandeling in het buitenland een toeslag of korting toe te passen. Indien een zorgverzekeraar ertoe over gaat meer te vergoeden zoals in de onderhavige situatie, zal de commissie daar niet in treden.
- 7.9. Voor zover verzoeker stelt (i) dat aan hem telefonisch een toezegging is gedaan door een, niet bij naam genoemde, medewerker van de alarmcentrale door de mededeling dat de kosten van de operatie gedekt zouden zijn, (ii) dat hij enkel op basis van derde klas was verzekerd en (iii) dat een terugvordering zou volgen, indien de kosten hoger zouden zijn dan in Nederland, oordeelt de commissie als volgt.
- 7.10. Aan vorengenoemde verstrekte informatie, die beide partijen onderschrijven, kan niet meer aanspraak worden ontleend dan datgene dat expliciet is toegezegd. Indien aan de zijde van verzoeker onduidelijkheden blijven bestaan, is het aan hem daarover nadere vragen te stellen. Het feit dat tijdens het telefoongesprek van 13 februari 2007

is medegedeeld dat 'indien de kosten hoger zouden zijn dan in Nederland, een navordering zou volgen' had voldoende aanleiding moeten zijn naar de hoogte van de vergoeding in Nederland te vragen en de hoogte van het mogelijk bij te betalen bedrag.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2009,

Voorzitter