

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in haar hoedanigheid van erfgename van E tegen C te D
Zaak : Verenigde Staten, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.02213
Zittingsdatum : 7 juli 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van erfgename van de E, hierna te noemen: erflater,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 14 januari en 9 juli 2009 de kosten verbonden aan een behandeling chemotherapie en de behandeling na een infectie met streptokokken, ondergaan in Beverly Hills (Verenigde Staten) (hierna gezamenlijk: de aanspraak) slechts gedeeltelijk te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was erflater bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van erflater bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Vitaal & Zeker Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brieven van 14 januari 2009 en 9 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de aanspraak slechts gedeeltelijk in te willigen, te weten tot een bedrag van € 13.530,48 respectievelijk € 4.521,30.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 2 omschreven beslissing gevraagd. Bij brief van 2 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 1 maart 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 18.051,95 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 april 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 mei 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 mei 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 4 mei 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 3 juni 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010062270) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juli 2010 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 8 juli 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 19 juli 2010 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt dat erflater in 2004 in de Verenigde Staten is behandeld voor een tonsilcarcinoom. Na onderzoek op 21 maart 2008 werd in Nederland vastgesteld dat de kanker terug was, waarop erflater – mede gezien de lange wachttijd in Nederland – wederom is uitgeweken naar de Verenigde Staten. In 2004 werd door de ziektekostenverzekeraar rond de 60 percent van de kosten vergoed; in 2008 bedraagt dit percentage slechts rond de 40,7 percent. Een vergoeding van in ieder geval 75 percent van de kosten zou redelijk zijn.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat de vergoeding erg laag is in vergelijking met de vergoeding die bij een eerdere behandeling werd gegeven. Over de DBC-systematiek en de daarbij behorende daling van de vergoeding is verzoekster nooit geïnformeerd. Dit had op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster met betrekking tot de door erflater gemaakte kosten aanspraak heeft op maximaal het Nederlands tarief. Voor het vaststellen van het tarief voor de chemotherapie is de DBC-code 13.11.00.0801.4403 gehanteerd, en voor de behandeling van de infectie de code 13.11.00.0015.1103. De tarieven die bij deze codes horen zijn € 13.530,65 respectievelijk € 4.521,30. Deze bedragen zijn aan verzoekster uitgekeerd.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat voor intramurale behandelingen voorafgaande toestemming is vereist. De DBC-systematiek is landelijk ingevoerd, zodat verzoekster daarvan op de hoogte kon zijn. De vaststelling van DBC-codes vindt altijd achteraf plaats, omdat dan pas bekend is wat de behandeling is geweest. Indien vooraf een behandelplan wordt ingediend, kan eerder uitsluitsel worden gegeven over de vergoeding.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht slechts gedeeltelijk is ingewilligd.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 18.051,95 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 38 van de zorgverzekering.
Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

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

“De verzekerde die in Nederland woont (...) heeft naar keuze aanspraak op:

- *zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;*
- *zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;*
- *(...)”*

Artikel 12.4 bepaalt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener en luidt, voor zover hier van belang:

“Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [de ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. (...)”

- 8.3. De artikelen 9, 12.4 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van (een deel van) de kosten, is de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of erflater daarvoor een indicatie had, bevestigend beantwoord. Slechts de hoogte van de vergoeding is in geschil.
- 9.2. Uit de gegevens in het dossier blijkt dat erflater een tonsilcarcinoom had, dat is behandeld met chemotherapie. De ziektekostenverzekeraar is bij de hoogte van de vergoeding uitgegaan van de DBC-code 13.11.00.0801.4403, met als omschrijving: “reguliere zorg // maligniteit hoofd-hals / chemotherapie gemetastaseerd 1^{ste} lijn (onco) met klinische episode(n)”. Deze code komt de commissie – gezien de bij erflater uit-

gevoerde behandeling – juist voor. Het betreft een code uit het A-segment, waarbij de tarieven een gegeven zijn. Het tarief dat in maart 2008 bij deze code hoort is € 13.413,25. De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 13.530,65 aan verzoeker vergoed, zodat meer is betaald dan waarop zij op grond van de polisvoorwaarden aanspraak heeft.

- 9.3. Verder is gebleken dat erflater in november 2008 kampte met koorts als gevolg van een streptokokkeninfectie, waarvoor hij is opgenomen en behandeld met antibiotica. De ziektekostenverzekeraar heeft in dat kader de DBC-code 13.11.00.0015.1103 gehanteerd met als omschrijving: “reguliere zorg // analyse koorts zonder diagnose / behandeling nno / niet verbijzonderd met klinische episode(n)”. Deze code komt de commissie – gezien de verklaring van de arts ter plaatse omtrent de uitgevoerde behandeling – juist voor. Het bijbehorende tarief is € 4.521,30, hetgeen door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker is uitgekeerd.
- 9.4. De DBC-tarieven worden in de Nederlandse marktomstandigheden geacht kosten-dekkend te zijn. Dat zulks in sommige situaties – gelijk die van erflater – niet telkens het geval zal zijn, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekeraar geen dekking biedt voor de onderhavige zorg, zodat deze verzekering geen bespreking behoeft.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 augustus 2010,

Voorzitter