

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.02549
Zittingsdatum : 6 juli 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de zorgkosten die verband houden met zijn opname in het ziekenhuis te Tenerife van 17 tot en met 29 maart 2009 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 januari 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 april 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoeker heeft vervolgens een coulanceverzoek ingediend bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft hierop bij brief van 21 juni 2010 aan verzoeker bevestigd dat partijen zijn overeengekomen dat de zorgverzekeraar, de 'tussenpersoon' en verzoeker ieder één derde van de kosten, die op grond van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen, voor zijn rekening neemt.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij email van 7 maart 2011 heeft verzoeker 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).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek wa-

ren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 mei 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 mei 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 mei 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 30 mei 2011 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 18 mei 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 31 mei 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011053905) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorgverzekeraar de passende DBC-code (28.11.00.2400.0110) gebruikt. Een afschrift van het CVZ-advies is op 1 juni 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 17 maart 2009 tijdens zijn vakantie op Tenerife met hartklachten opgenomen in het ziekenhuis. Op 25 maart 2009 heeft hij een openhartoperatie ondergaan, waarbij drie bypasses zijn aangebracht. Op 29 maart 2009 is hij uit het ziekenhuis ontslagen.
- 4.2. Verzoeker benadrukt dat zijn echtgenote en kinderen contact hebben onderhouden met SOS International, welke organisatie steeds vooraf toestemming heeft gegeven voor de te nemen maatregelen en verpleging. De zorgverzekeraar stelt achteraf dat verzoeker niet voldoende verzekerde zou zijn geweest. Verzoeker meende echter dat hij goed verzekerd was. Nu blijkt dat de kosten niet volledig worden vergoed, is verzoeker van mening dat SOS International danwel de zorgverzekeraar de opname in een privékliniek niet hadden mogen accorderen, omdat zij niet over zijn portemonnee kunnen beschikken.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat verzoeker op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft op maximaal de in Nederland geldende tarieven. In de onderhavige situatie is een bedrag van in totaal € 27.470,35 ten behoeve van verzoeker vergoed. Dit bedrag bevat zowel de vergoeding van de ziekenhuisopname als de vervoerskosten per ambulance. Verzoeker had er destijds niet voor gekozen zich te verzekeren voor extra medische kosten in het buitenland via een aanvullende ziektekostenverzekering of een extra module bij zijn reisverzekering. Een bedrag van € 8.179,83 komt daarom voor eigen rekening van verzoeker.
- 5.2. Uit de contactmomenten van SOS International blijkt dat een garantieverklaring is afgegeven voor de hoofdverzekering. De kosten van de behandeling in Tenerife zijn

via SOS International bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Aangezien de tarieven van de medische zorg in Spanje hoger zijn dan die in Nederland, dient hij een deel van de kosten zelf te betalen. Volledigheidshalve merkt de zorgverzekeraar hierbij op dat verzoeker niet opgenomen is geweest in een privékliniek. Zowel het Hospiten Sur, waar verzoeker in eerste instantie was opgenomen, als het Hospiten Rambla, waar verzoeker een bypassoperatie heeft ondergaan, zijn reguliere ziekenhuizen.

5.3. De zorgverzekeraar heeft op 21 juni 2010 een coulanceregeling voorgesteld aan verzoeker. Hij heeft verzoeker niet om een schriftelijke reactie hierop gevraagd. De zorgverzekeraar heeft diverse keren telefonisch contact gehad met verzoeker. Tijdens één van deze gesprekken heeft verzoeker te kennen gegeven tevreden te zijn met de oplossing en hiermee akkoord te gaan. Eind juni hebben de zorgverzekeraar en de 'tussenpersoon' ieder een bedrag van € 2.726,61 aan verzoeker overgemaakt.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 kosten van zorg verleend in Tenerife volledig te vergoeden 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat.

8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Verzekerde woonachtig in Nederland

De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, 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;

(...)

- vergoeding van de kosten van onvoorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, van een niet door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten

hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. (...)"

- 8.4. De artikelen 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.5, 2.12 en 2.13 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.6. 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. Tussen partijen is niet in geschil dat de in Tenerife aan verzoeker verleende zorg een verzekerde prestatie is onder de zorgverzekering en dat hij daarvoor een indicatie had. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt hen verdeeld.
- 9.2. Ten aanzien daarvan oordeelt de commissie als volgt. Medisch noodzakelijke zorg, genoten tijdens verblijf in een Europese lidstaat, dient te worden vergoed op grond van de Europese Health Insurance Card (de EHIC), ter uitvoering van artikel 22, lid 1 onder a van EG-verordening 1408/71. Verzoeker is volgens de zorgverzekeraar behandeld in twee reguliere ziekenhuizen. Onduidelijk is dan ook waarom geen gebruik is gemaakt van de EHIC. In een dergelijke situatie dient achteraf het tarief te worden vergoed zoals dat geldt volgens het socialezekerheidsstelsel van de betreffende Europese lidstaat (het zogenaamde tarifieren). Dit beginsel leidt uitzondering indien de lidstaat, zoals Spanje, niet tarifeert omdat dit land geen vergoedingstarieven heeft vastgesteld. In dat geval bepaalt artikel 34, lid 5 van de toepassingsverordening (EG-verordening 574/72) dat het tarief dient te worden vastgesteld aan de hand van het socialezekerheidsstelsel van het land waar verzoeker is verzekerd tegen ziektekosten. Rest de beoordeling van de hoogte van de vergoeding aan de hand van het Nederlandse socialezekerheidsstelsel.
- 9.3. Gelet op de polisvoorwaarden, waarmee verzoeker zich bij het afsluiten van de verzekering akkoord heeft verklaard, bestaat bij zorg in het buitenland aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. In Nederland worden de tarieven voor medisch specialistische zorg vastgesteld door middel van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding voor de door verzoeker genoten zorg heeft de zorgverzekeraar de volgende DBC-code gehanteerd: 28.11.00.2400.0110. Het CVZ heeft in zijn advies van 14 maart 2011 geconcludeerd dat de gebruikte DBC-code correct is. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Het tarief behorende bij voor-

noemde DBC-code bedroeg in maart 2009 € 15.846,85. Dit bedrag is lager dan de door de zorgverzekeraar toegekende vergoeding. De commissie zal niet treden in deze beslissing van de zorgverzekeraar.

- 9.4. Een DBC-code wordt in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat dit – gelijk bij verzoeker – niet steeds het geval zal zijn, kan de zorgverzekeraar niet worden tegen-
geworpen.
- 9.5. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat SOS International steeds vooraf toestemming heeft gegeven voor de te nemen maatregelen en verpleging, merkt de commissie het volgende op. In die toestemming ligt echter geen toezegging van de zorgverzekeraar besloten dat de onderhavige kosten volledig zullen worden vergoed.
- 9.6. Ten aanzien van de door de zorgverzekeraar en verzoeker overeengekomen coulan-
ceregeling, merkt de commissie op dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de zorgverzekeraar. Een beroep daarop, die een onbillijkheid van de regelgeving en de daarop gebaseerde polisvoorwaarden impliceert, kan dan ook niet met vrucht aan de commissie worden voorgelegd. Het is de commissie immers niet toegestaan de innerlijke waarde van de regelgeving op dit punt te beoorde-
len. Een wijziging van deze regeling kan slechts de wetgever bewerkstelligen. Ook in zoverre dient het verzoek te worden afgewezen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 juli 2011,

Voorzitter