

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Thailand, geneeskundige zorg, decompressie wervels op niveau
L3/L4 en L4/L5, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.00784
Zittingsdatum : 12 september 2012

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 ziektekostenverzekering 2012, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F,

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 [naam ziektekostenverzekeraar] Wereld Zorgpolis (hierna: de ziektekostenverzekering). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Royaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tand Royaal afgesloten. De verzekering Tand Royaal is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatie aan de rug, uitgevoerd te Bangkok (Thailand) (hierna: de aanspraak). Bij e-mail van 25 januari 2012 heeft EuroCross Assistance namens de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 4.897,--.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mail van 14 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mail van 28 mei 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de ziektekostenverzekering 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 16 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juli 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 31 juli respectievelijk 16 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is in Thailand gediagnosticeerd met een lumbale kanaalstenose, waarvoor hij een operatie heeft ondergaan. Bij deze operatie is een vernauwing van het wervelkanaal op de niveaus L3/L4 en L4/L5 opgeheven.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar is bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van een zorgproduct waarvan de omschrijving niet overeenkomt met de uitgevoerde operatie en het aantal ligdagen. Bij verzoeker zijn namelijk twee kanaalstenosen opgeheven, en hij is vier dagen in het ziekenhuis verbleven.
- 4.3. Raadpleging van de lijsten met DBC-codes uit het B-segment bij verschillende Nederlandse ziekenhuizen leidt bovendien tot de conclusie dat door de ziektekostenverzekeraar aan het betreffende zorgproduct een onjuist tarief is verbonden.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is uitgegaan van een DBC-zorgproduct met de code 131999.205 en declaratiecode 15B482. Deze code omvat onder andere een laminectomie en decompressie op meerdere niveaus. Verzoeker heeft de juistheid van deze code in twijfel getrokken omdat hij slechts kijkt naar de omschrijving, die aangeeft dat het een 'operatie aan de wervelkolom waaronder nek-hernia (met verpleegligdagen) bij een aandoening van het botspierstelsel of bindweefsel' betreft. Indien de code verder wordt ontleed, wordt echter duidelijk dat deze ook de behandeling van de kanaalstenose en uitgebreide decompressie omvat.
- 5.2. Verzoeker heeft bij zorg in het buitenland aanspraak op maximaal 80 percent van het gemiddelde gecontracteerde tarief. De hoogte van de vergoeding is daarom € 3.585,39. Omdat door de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie een vergoeding is toegezegd van € 4.897,--, wordt dit laatste bedrag aan verzoeker vergoed.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 19 van de ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de ziektekostenverzekering 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 alsnog in te willigen, ten laste van de ziektekostenverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
- 8.2. Artikel 24 van de ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op medisch-specialistische zorg, waaronder dagbehandeling in een ziekenhuis, en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- *Verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse.*
- *Medisch specialistische of kaakchirurgische zorg.*
- *De bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname of dagbehandeling.*

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden.

Voor een specifiek aantal behandelingen en/of aandoeningen moet u van tevoren contact met ons opnemen. De lijst met specifieke behandelingen en/of aandoeningen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij eens door ons gecontracteerde zorgverlener.

De door ons, voor deze specifieke behandelingen en/of aandoeningen, gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen. (...)”

- 8.3. Artikel 57 van de ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Bij gebruik van zorg in een land dat geen EU/EER-staat of verdragsland is, heeft u naar keuze aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de [ziektekostenverzekering] tot maximaal:

- *Wanneer 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 marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief.*
- *Wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)”*

- 8.4. Artikel 15 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan in het woonland. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van de [ziektekostenverzekering] aanspraak hebben op spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de ziektekostenverzekering

- 9.1. Vast staat dat het ziekenhuis in Bangkok niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, zodat ingevolge artikel 57 van de ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op maximaal de lagere vergoeding die bij de aanspraak wordt genoemd dan wel het Nederlandse marktconforme tarief.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft laatstgenoemd tarief vastgesteld aan de hand van een DBC-zorgproduct met de code 13199.205. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De omschrijving bij deze code luidt: *“Oper. wervelkolom middelzwaar wo Hernia cervicalis / Met VPLD / Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma”*. De consumentenomschrijving luidt: *“Operatie aan de wervelkolom waaronder nekhernia (met verpleegligdagen) bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel”*.
- 9.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproduct niet juist is, omdat bij hem twee kanaalstenosen zijn verwijderd, te weten op de niveaus L3/L4 en L4/L5. Het gaat derhalve om een lumbale hernia en niet om een nekhernia. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat de bij verzoeker uitgevoerde ingreep onder het genoemde zorgproduct valt. Bij nadere ontleding van het zorgproduct blijkt namelijk dat hier meer onder valt dan alleen een nekhernia. Elke middelzware operatie aan de wervelkolom is hier onder te brengen. Het gehanteerde DBC-zorgproduct komt de commissie juist voor, zodat de vraag rest naar de hoogte van het toepasselijke tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat hij voor dit zorgproduct een tarief hanteert van € 3.585,39. Omdat eerder

een bedrag is toegezegd van € 4.897,--, zal aan verzoeker dit hogere bedrag worden uitgekeerd. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een hogere vergoeding.

- 9.4. De commissie merkt ten overvloede op dat de door verzoeker geraadpleegde lijsten van DBC-codes uit het B-segment niet leidend zijn voor het tarief dat zijn ziektekostenverzekeraar met de ziekenhuizen heeft afgesproken voor zijn verzekerden. Doorgaans gaan de lijsten op de websites van de ziekenhuizen uit van de zogenoemde passantentarieven, die hoger liggen dan de tarieven waarvoor door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland, indien de zorg bij het vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Niet aannemelijk is echter geworden dat sprake was van een acute situatie die medische zorg *direct* noodzakelijk maakte, aangezien het hier naar zijn aard geplande zorg betreft. Verzoeker heeft om die reden geen aanspraak op een aanvullende vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

9.6. **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, 12 september 2012,

Voorzitter