

Bindend advies

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg buitenland, abdominaal aneurysma en splenectomie
Zaaknummer : 2008.0542
Zittingsdatum : 27 augustus 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.542, geneeskundige zorg buitenland, abdominaal aneurysma en splenectomie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. Al.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, 22 EG-Verordening 1408/71)

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 7 november 2007 een door verzoeker ondergane behandeling in Portugal in verband met een abdominaal aneurysma niet volledig te vergoeden.

Ontstaan en verloop van het geding

3

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 Zvw.

3.2. De behandelend vaatchirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "aneurysma van de abdominale aorta". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem ondergane zorg bestaande uit "de operatieve spoedbehandeling van een aneurysma van de abdominale aorta en een splenectomie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.

3.3. Op 16 februari 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn besluit te handhaven.

3.5. Bij brief van 21 februari 2008 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.

- 3.6. 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 .
 - 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 24 april 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 mei 2008 aan verzoeker toegezonden.
 - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 mei 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
 - 3.9. Bij brief van 6 mei 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 10 juni 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd tot nader onderzoek naar de hoogte van de eventuele vergoeding in Portugal en geadviseerd de voor verzoeker meest gunstige regeling toe te passen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
 - 3.10. Met faxbericht van 22 augustus 2008 heeft de zorgverzekeraar de commissie medegedeeld dat de nota's ter tarifiering naar het Portugese uitvoeringsorgaan zijn gezonden en dat van dit orgaan het bericht is ontvangen dat de vergoeding op grond van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering € 25.399,89 zou bedragen.
 - 3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 27 augustus 2008 gehoord. Verzoeker in persoon, de zorgverzekeraar telefonisch. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.12. Bij brief van 28 september 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 CZV 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 hij tijdens zijn vakantie in Portugal voor de behandeling van een aneurysma, met spoed moest worden opgenomen in een ziekenhuis in Alvor. Van hieruit is hij per ambulance naar Lissabon vervoerd voor de operatie. Spoedopname in het Martha Ziekenhuis in Lissabon was wegens plaatsgebrek niet mogelijk.
 - 4.2. Het is voor verzoeker niet inzichtelijk waarop de 20 percent van de bij hem in rekening gebrachte kosten van de door het particuliere ziekenhuis in Lissabon gedeclareerde bedrag is gebaseerd. Bovendien heeft revalidatie op eigen keuze thuis plaatsgevonden, in plaats van in een verpleeghuis. Hierdoor zijn minder kosten gemaakt.
 - 4.3. Ter zitting is door verzoeker naar voren gebracht dat de zorgverzekeraar en de collectieve contractant hem onvoldoende hebben gewaarschuwd voor de financiële risi-

co's, verbonden aan het inroepen van zorg in het buitenland. Voorts heeft hij aangekend dat het al dan niet gecontracteerd zijn van het ziekenhuis hem niet kan worden tegengeworpen, nu sprake was van een acute noodzaak tot het inroepen van de zorg.

4.4. 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 op grond van de zorgverzekering tot maximaal de in Nederland geldende tarieven worden vergoed. Verzoeker bleek geen aanvullende verzekering te hebben, die de meerkosten dekken, en evenmin bleek de door verzoeker afgesloten reisverzekering een dekking te hebben voor de medische kosten.

5.2. Voor de onderhavige spoedeisende zorg zijn de volgende DBC-prestatiecodes van toepassing:

AM + endotechniek	03.11.00.0406.0303	max. € 17.877,21
Splenectomie	03.11.00.0279.0203	max. € 13.055,51
Pneumonie	13.11.00.0401.1103	max. € 7.123,74
Laparotomie	13.11.00.0413.1103	max. € 7.123,74
Atrium F.	20.11.00.0201.0103	max. € 3.003,20
IC	190135: 26 x	max. € 6.936,80
Beademing	190136: 26 x	max. € 5.590,00

Dit betekent dat van de rekening ad € 76.843,62 een bedrag van € 16.133,42 voor rekening van verzoeker komt.

Naar aanleiding van het CVZ-advies en het tarifieringsverzoek is de zorgverzekeraar tot een hogere vergoeding van de kosten van de laparotomie gekomen. Op basis van DBC-code 03.11.00.0320.0203 kan maximaal € 13.055,52 worden vergoed, zodat thans nog een bedrag van € 10.201,64 ten laste van verzoeker blijft. In geval wordt vergoed conform de Portugese sociale ziektekostenverzekering, zou de vergoeding minder bedragen. De vergoeding op grond van de zorgverzekering is voor verzoeker dus de meest gunstige.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar gesteld dat deze niet verantwoordelijk is voor de informatievoorziening door de collectieve contractant. Relevant zijn de toepasselijke polisvoorwaarden.

5.4. 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 gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v.



van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 1 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg met ziekenhuisverpleging bestaat. Voor zover hier van belang, wordt het volgende bepaald:

"U heeft bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen aanspraak op onderstaande zorg. Een onderbreking van ten hoogste dertig 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.

U heeft aanspraak op:

- _ 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.*

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

Artikel 18 van de algemene voorwaarden bepaalt, voor zover hier relevant, ten aanzien van zorg in het buitenland het volgende:

18.2 Zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

18.2.1 Voor spoedeisende zorg aan de verzekerde, die in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan het woonland, heeft deze naar keuze aanspraak op:

- _ zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door ons in dat land is gecontracteerd;*
- _ vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van de Beter Af Polis 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 voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.*
- _ indien van toepassing, zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*

7.2. De regeling in artikel 1 van de "Lijst van aanspraken" en 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene 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 2.2, lid 2 is 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 paramedi-



sche 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 de mededeling in de brief van 7 november 2007 dat de onderhavige behandeling, tegen het in Nederland geldende tarief wordt vergoed, is de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg en de indicatie in dit geschil beantwoord.
- 7.6. Het onderhavige geschil spitst zich derhalve toe op de vraag naar de hoogte van de vergoeding.
- 7.7. Medisch noodzakelijke zorg, genoten in een Europese lidstaat, kan op twee manieren worden vergoed. Enerzijds op grond van de Europese Health Insurance Card (de EHIC)/ EG-Verordening 1408/71, waarbij gedurende het verblijf in een andere Europese lidstaat dan Nederland, het tarief dient te worden vergoed zoals dat geldt volgens het socialezekerheidsstelsel van de betreffende Europese lidstaat. Anderzijds op grond van de zorgverzekering waarbij door de zorgverzekeraar het in Nederland geldende marktconforme bedrag dient te worden vergoed. Een redelijke uitleg van de overeenkomst brengt met zich dat voor verzoeker de onder omstandigheden meest gunstige regeling wordt toegepast. De commissie zal daarom nagaan welke regeling de meest gunstige is voor verzoeker.
- Beoordeling van de onderhavige aanspraak op grond van artikel 1 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.
- 7.8. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcode (DBC). Deze DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg.
De door de zorgverzekeraar initieel toegepaste DBC-prestatiecodes, te weten:

AAA + endotechniek	03.11.00.0406.0303	max. € 17.877,21
Splenectomie	03.11.00.0279.0203	max. € 13.055,51
Pneumonie	13.11.00.0401.1103	max. € 7.123,74
Atrium F.	20.11.00.0201.0103	max. € 3.003,20
IC	190135: 26 x	max. € 6.936,80
Beademing	190136: 26x	max. € 5.590,00

zijn naar het oordeel van de commissie, mede gelet op artikel 1 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering, gezien de zorg die verzoeker heeft ontvangen, de meest passende DBC-prestatiecodes .

- 7.9. Ten aanzien van de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 13.11.00.0413.1103 voor een explorerende laparotomie op verdenking van een subfrenisch abces, volgt de commissie het advies van het CVZ. De commissie is van oordeel dat, gelet op artikel 1 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering door de zorgverzekeraar de onder de gegeven omstandigheden niet meest passende DBC-

code voor de laparotomie is toegepast. De zorgverzekeraar dient voor de vergoeding van de door verzoeker ondergane behandeling uit te gaan van het tarief van DBC-code 03.11.00.0320.0203 welke staat voor chirurgie/reguliere zorg/abces intra-abdominaal/operatief met klinische episode(n). Uit het faxbericht van 22 augustus 2008 valt op te maken dat de zorgverzekeraar deze mening deelt. In het schrijven wordt door hem namelijk deze DBC-code vermeld met een maximaal te vergoeden bedrag van € 13.055,52.

- 7.10. Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit 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 scholing staken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld, en is afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds. Aangezien 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.

- 7.11. Het onder 7.7, 7.8 en 7.9 overwogene leidt tot de conclusie dat op grond van de zorgverzekering verzoeker recht heeft op een vergoeding van € 66.641,98.

Beoordeling van de onderhavige aanspraak op grond van EG-verordening 1408/71.

- 7.12. Uit de door de zorgverzekeraar overgelegde stukken ter zake van het tarifieringsverzoek blijkt dat de onderhavige zorg in Portugal zou zijn vergoed tot een bedrag van € 25.399,89.
- 7.13. Toepassing van de voorwaarden van de zorgverzekering leidt derhalve tot de meest gunstige uitkomst voor verzoeker. In verband met de toepassing van een andere DBC-code, dient de zorgverzekeraar aan verzoeker aanvullend te vergoeden € 5.931,78 (€ 66.641,98 minus het uitgekeerde bedrag ad € 60.710,20).
- 7.14. Deze aanvullende vergoeding werd inmiddels door de zorgverzekeraar toegezegd. Uit het voorgaande volgt dat het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen. Nu in de loop van de procedure is gebleken dat verzoeker recht heeft op een hogere vergoeding, ziet de commissie wel aanleiding de zorgverzekeraar te verplichten het betaalde entreegeld ad € 37,00 te vergoeden.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek met inachtneming van hetgeen onder 7.14 is overwogen, af.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 10 september 2008,

Voorzitter