



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Suriname, medisch specialistische zorg, opname, onderzoeken, geneesmiddelen
Zaaknummer : 201601271
Zittingsdatum : 8 maart 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015-2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5, Bijlagen 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering BewuZt Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering BewuZt Tand Goed afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van medisch specialistische zorg, bestaande uit een ziekenhuisopname en een CT-scan, uitgevoerd te Paramaribo (Suriname), alsook van de bijbehorende, verstrekte geneesmiddelen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een aanvullende vergoeding van € 66,88 wordt verleend, en dat voor het overige de beslissing wordt gehandhaafd.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 31 augustus 2016 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 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 november 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 28 respectievelijk 30 november 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 25 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016133818) bij wege van voorlopig advies aan de commissie medegedeeld dat DBC zorgproductcode 109999038 (declaratiecode 15C515) met omschrijving "ziekenhuisopname van 6 tot en met 28 verpleegdagen bij longontsteking" geschikt is. De ziektekostenverzekeraar dient op basis van dit DBC zorgproduct de vergoeding opnieuw te berekenen en aan verzoekster eventueel het meerdere te vergoeden. Voorts heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van andere DBC's. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 25 januari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 13 februari 2017 gereageerd op het advies van het Zorginstituut, en daarbij medegedeeld dat zij bij nader inzien afziet van de mogelijkheid te worden gehoord. Een afschrift van de reactie van verzoekster op het advies van het Zorginstituut is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 februari 2017 telefonisch desgevraagd verklaard eveneens af te zien van horen.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 februari 2017 schriftelijk gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster gaat ervan uit dat de medische kosten in Suriname veel lager zijn dan die in Nederland. Daarom is geen aanvullende verzekering of een reisverzekering afgesloten die dekking biedt voor medische kosten in het buitenland.
- 4.2. De behandelend arts van het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (hierna: AZP) heeft op 6 januari 2016 over verzoekster het volgende verklaard: "(...) Patient, bekend met hypertensie, presenteert zich op de SEH AZP met dyspnoe d'effort, koorts en stekende pijn gebonden aan de ademhaling. Gedacht werd aan een pneumopleuritis dan wel pariacarditis of longembolus. Thorax foto toonde beiderzijds pleuravocht met enige stuwing. Echo cor gemaakt waarbij goede LV functie, hypertrofisch ogend, waarbij aangegeven dat dyspnoe niet cardiaal van aard is. CT thorax angio toonde geen longembolus, mogelijk infiltraat links basaal. Ondersteunend lab screening met verhoogde infectie parameters. Gezien aanwijzingen voor een pneumonie is gestart met augmentin intraveneus. Longarts werd geconsulteerd en besloten augmentin te continueren voor zeven dagen. Patient knapte op en bleef klinisch stabiel. Verder atrium flutter gehad met goede reactie op verapamil in sinusritme. Vanwege hoge Chadvasc score gestart met orale antistolling. Controle thorax op dag van ontslag toonde aanzienlijk vermindering van pleuravocht en afname van inflammatie parameters. Ze wordt in stabiel conditie ontslagen. Conclusie: - Pneumonie links - Atriumflutter (...)"
- 4.3. De arts van het Thorax Centrum van het AZP heeft op 22 januari 2016 over verzoekster het volgende verklaard: "Uw patient was op de verpleegafdeling van het Thorax Centrum opgenomen dd 31/12 t/m 7/1/16. Reden van opname: dyspnoe. Vastgesteld werden hypertensie, een pneumonie waarvoor antibiotica met goed herstel. Een long embolie werd uitgesloten middels een CT scan. Verder werd in verband met atriumfibrilleren (mogelijk geluxeed door de pneumonie) gestart met

orale anti-coagulantia. Poliklinisch dd 20/1/16 gezien anti-coagulantia kunnen tzt gestaakt worden. De cor functie is bij controle normaal. (...)"

- 4.4. Tijdens een vakantie in Suriname werd verzoekster op 31 december 2015 in verband met kortademigheid en pijn op de borst via de spoedeisende hulp opgenomen in het AZP. Aldaar is zij behandeld voor een forse longontsteking en boezemdefibrilleren. Op 7 januari 2016 is verzoekster ontslagen uit het AZP. Aangezien de klachten bleven aanhouden was het noodzakelijk de behandelend medisch specialisten tot aan het vertrek naar Nederland op 27 januari 2016 te blijven consulteren, en vervolgens de behandelingen in Nederland via de huisarts voort te zetten. Verzoekster en haar echtgenoot hebben contact gehad met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. De enige 'hulp' die daarvan is ontvangen, is de mededeling dat alle kosten van zorg zelf moesten worden voldaan en achteraf konden worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De nota's van de in Suriname aan verzoekster verleende zorg zijn gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Volgens de verzekeringsvoorwaarden bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van onder meer medisch specialistische hulp, ziekenhuiszorg en medicijnen, zolang deze kosten niet hoger zijn dan de Nederlandse tarieven. De ziektekostenverzekeraar heeft slechts een gedeeltelijke vergoeding verleend. Verzoekster kan zich hierin niet vinden. De enige kosten die hoger zijn dan het Nederlandse tarief zijn die van het verblijf in het ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de berekening van de vergoeding hiervoor de verkeerde DBC toegepast.
- 4.5. Ten aanzien van de declaraties waarover nog een verschil van mening bestaat met de ziektekostenverzekeraar, voert verzoekster het volgende aan.
- DBC 109699016 (*"Beeldvormend onderzoek (röntgen of echo of CT-scan of MRI) bij een ziekte van het ademhalingsstelsel"*) is van toepassing op de zorg die voorafgaand aan de ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden. Het bij deze DBC behorende tarief bedraagt € 663,04. De kosten van de CT-scan bedroegen € 242,64. Met de reeds vergoede bedragen voor beeldvormend onderzoek wordt ruimschoots onder het DBC-tarief gebleven. Daarom bestaat aanspraak op vergoeding van € 242,64.
 - Voor de kosten van de ziekenhuisopname en behandeling zijn twee DBC's van toepassing: 109999038 en 109999040. Het bij DBC 109999038 (*"Ziekenhuisopname van 6 tot en met 28 verpleegdagen bij longontsteking"*) behorende tarief is in 2015 € 5.193,10 en in 2016 € 5.493,64. Op basis van een gewogen gemiddelde van één opnamedag in 2015 en zeven opnamedagen in 2016 komt verzoekster uit op een te vorderen bedrag van € 5.456,08. Het bij DBC 109999040 (*"Medebehandeling bij longontsteking"*) behorende tarief is in 2015 € 375,70 en in 2016 € 435,36. Op basis van een gewogen gemiddelde komt verzoekster uit op een te vorderen bedrag van € 427,90. Verzoekster benadrukt dat medebehandeling door de cardioloog, internist en viroloog heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zake van de ziekenhuisopname en behandeling € 4.873,91 vergoed. Verzoekster vordert zodoende een aanvullende vergoeding van € 1.010,07 (€ 5.456,08 + € 247,90 - € 4.873,91).
 - Voor de zorg die heeft plaatsgevonden na ontslag uit het ziekenhuis zijn twee DBC's van toepassing: 109699019 en 099899072. Het bij DBC 109699019 (*"Dagbehandeling(en) en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken en/of meer dan 2 onderzoeken bij een ziekte van het ademhalingsstelsel"*) behorende tarief is € 493,39. Verzoekster vordert een aanvullende vergoeding voor de afgewezen declaraties ten bedrage van € 25,14 (11 januari 2016), € 72,09 (14 januari 2016), € 8,18 (19 januari 2016) en € 25,25 (23 januari 2016), zijnde totaal € 130,66. Het bij DBC 099899072 (*"1 of 2 polikliniekbezoeken bij cardiologie bij een ritmestoornis van het hart"*) behorende tarief is € 186,39. Verzoekster vordert een aanvullende vergoeding voor de afgewezen declaraties ten bedrage van € 3,49, € 31,39 en € 5,35 (14 januari 2016), € 8,05 en € 66,73 (20 januari 2016), zijnde totaal € 115,01.

- 4.6. Het is teleurstellend dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegegeven diverse fouten te hebben gemaakt bij de vaststelling van de vergoeding en de informatievoorziening, maar desondanks verzoekster niet tegemoet komt.
Als de ziektekostenverzekeraar verzoekster had geïnformeerd over de DBC-systematiek, had zij samen met het AZP zorg kunnen dragen voor een juiste declaratie van de zorgkosten. De ziektekostenverzekeraar is op dit punt in gebreke gebleven.
Helaas heeft verzoekster tot op heden nog veel zorg nodig. Deze zorg wijkt niet af van de aan haar in Suriname verleende zorg.
- 4.7. In reactie op het advies van het Zorginstituut heeft verzoekster het volgende aangevoerd. Voor één zorgvraag kunnen wel degelijk meerdere DBC's worden gedeclareerd. Dit blijkt ook uit de overgelegde stukken van het CWZ te Nijmegen. Verzoekster is door nalatigheid van de ziektekostenverzekeraar niet in staat DBC 109999040 te onderbouwen. Het Zorginstituut constateert terecht dat verzoekster op 7 januari 2016 in stabiele toestand uit het ziekenhuis is ontslagen. Het lag niet in de lijn der verwachting dat op korte termijn (nieuwe of vervolg-)zorg nodig zou zijn. Helaas heeft verzoekster kort daarna zorg nodig gehad van de huisarts, de hart- en longspecialist en de reumatoloog, en deze situatie duurt tot op heden voort. Tevens is zij opgenomen geweest vanwege een nieuwe longontsteking. Dit alles betreft zorg die voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. De diverse declaraties van onder meer het CWZ te Nijmegen zijn dan ook probleemloos vergoed. Verzoekster vindt in het advies van het Zorginstituut geen onderbouwing voor het feit dat bepaalde zorgkostennota's niet onder de zorgverzekering vallen.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland tot 100% van het gemiddelde Nederlandse tarief voor de ondergane behandeling.
Voor planbare zorg bestaat aanspraak tot 50% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.
Declaraties ter zake van de kosten van medisch specialistische zorg dienen gespecificeerd te zijn (welke kosten voor welke behandelingen), en deze dienen te zijn voorzien van een behandelplan.
De ziektekostenverzekeraar heeft hulp in het buitenland voor zijn verzekerden uit handen gegeven aan de alarmcentrale.
Voor het declareren van zorgkosten werken ziekenhuizen en zorgverzekeraars in Nederland met Diagnose Behandeling Combinaties (DBC). Een DBC betreft het totale traject vanaf de diagnosestelling door de specialist tot en met de (eventuele) ziekenhuisbehandeling die daaruit volgt. Aan elke DBC is een bepaald tarief en een looptijd gekoppeld. Het tarief is gebaseerd op het gemiddelde tarief dat de ziektekostenverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders is overeengekomen. De looptijd is maximaal 120 dagen en deze start op de dag van het eerste ziekenhuisbezoek.
De ziektekostenverzekeraar stelt voor zorg in het buitenland op basis van de beschikbare informatie de meest passende DBC vast. Met name medische verslagen van behandelend artsen zijn daarbij van belang.
Voorts bestaat op grond van de zorgverzekering aanspraak op farmaceutische zorg. Een verzekerde heeft aanspraak op verstrekking van door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Deze geneesmiddelen zijn opgenomen in Bijlage 1 Rzv.
- 5.2. Verzoekster heeft zorg genoten tijdens haar verblijf in Suriname. De echtgenoot van verzoekster heeft hiervan een melding gedaan bij de alarmcentrale. Aldaar is een hulpverleningsdossier gevoerd. Uit dit dossier blijkt dat de alarmcentrale de echtgenoot van verzoekster meerdere keren heeft verteld dat op basis van de afgesloten verzekering slechts een beperkte dekking voor zorgkosten in het buitenland geldt. Het vaststellen van een DBC is wel degelijk ter sprake gekomen. De alarmcentrale had op dat moment echter onvoldoende informatie om de DBC te kunnen (laten)

vaststellen. Op 14 januari 2016 is telefonisch met de echtgenoot van verzoekster besproken dat hij de afhandeling van alle kosten zelf moest regelen met de ziektekostenverzekeraar.

- 5.3. De kosten van de zorg in Suriname zijn na terugkomst gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
Voor de door verzoekster aldaar genoten zorg is in eerste instantie DBC 199299018 vastgesteld. Deze DBC heeft als omschrijving "*Ziekenhuisopname van 6 tot en met 28 verpleegdagen bij letsel, exclusief gebroken heup*". De ingangsdatum is 31 december 2015 en het bijbehorende tarief bedraagt € 4.896,92. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed. In de fase van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is de informatie opnieuw voorgelegd aan de medisch adviseur. Deze heeft medegedeeld dat DBC 99899074 het meest passend is. Het bijbehorende tarief bedraagt € 4.653,88 en dit is 100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. In aanvulling hierop kan nog een DBC voor het consult bij de longarts worden vergoed. Dit betreft DBC 990003012 met bijbehorend tarief van € 119,-- (100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief). Verzoekster heeft recht op een totaalbedrag van € 4.772,88. Aan haar is echter € 4.896,92 betaald, derhalve een hoger bedrag. De ziektekostenverzekeraar komt hier niet op terug. Alle zorgactiviteiten die hebben plaatsgevonden vallen onder de beide DBC's (99899074 en 990003012).
Herhaald zij dat de uitbetaalde vergoeding hoger is dan de vergoeding waar verzoekster recht op heeft op basis van de behandeling die zij heeft ondergaan.
Anders dan verzoekster meent, is het niet mogelijk twee behandelingen met elkaar te vergelijken, ook al zijn er veel overeenkomsten.
- 5.4. In reactie op het advies van het Zorginstituut van 23 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende verklaard.
Volgens het Zorginstituut is DBC 109999038 het meest passend. De bijbehorende vergoeding bedraagt € 5.493,64. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie € 4.896,92 aan verzoekster vergoed. Dit wordt gecorrigeerd, in die zin dat een bedrag van € 596,72 wordt nabetaald aan verzoekster.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek, voor zover hieraan door hem niet is tegemoet gekomen, dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering (2015-2016) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag in te willigen, 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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering (2015-2016).
- 8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering (2015) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

Wie mag de zorg verlenen

*Medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant.
(...)*

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

*U hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.
(...)"*

Artikel 15 van de zorgverzekering (2016) is van gelijke strekking.

- 8.4. Artikel 32 van de zorgverzekering (2015) regelt de aanspraak op geneesmiddelen en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

*Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.
(...)*

Geregistreerde geneesmiddelen

*Met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij voorkeursgeneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u recht op levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
(...)*

Zelfzorgmiddelen

U hebt recht op zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op laxemiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

(...)

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij specifiek voor Bewuzt Basis voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

(...)

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

(...)"

Artikel 32 van de zorgverzekering (2016) is van gelijke strekking.

- 8.5. De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering (2015). Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(..."

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)."

Artikel 9 van de zorgverzekering (2016) is van gelijke strekking.

- 8.6. De artikelen 9, 15 en 32 van de zorgverzekering (2015-2016) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2015-2016) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv, en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Aangezien de onderhavige zorg niet in een EU/EER-lidstaat heeft plaatsgevonden, en met Suriname geen verdrag op het terrein van de sociale ziektekostenverzekering is gesloten, zal het eventuele recht op vergoeding uitsluitend moeten worden beoordeeld op basis van de zorgverzekering.
- 9.2. De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van medisch specialistische zorg en geneesmiddelen.
Ingevolge de voorwaarden van de zorgverzekering dient een verzekerde bij spoedeisende zorg in het buitenland contact op te nemen met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar.
- 9.3. Verzoekster stelt dat haar echtgenoot telefonisch contact met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar heeft opgenomen en dat hem bij die gelegenheid is medegedeeld dat de kosten van de zorg zelf moesten worden voldaan en dat deze vervolgens konden worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Verder is haar echtgenoot door de alarmcentrale niet geïnformeerd over de DBC-systematiek. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen gesteld dat de alarmcentrale de echtgenoot van verzoekster meerdere keren heeft verteld dat op basis van de afgesloten verzekering slechts een beperkte dekking voor zorgkosten in het buitenland geldt. Voorts zou wél zijn gesproken over het vaststellen van een DBC. De alarmcentrale had echter onvoldoende informatie om de DBC te kunnen (laten) vaststellen, zodat met de echtgenoot van verzoekster is besproken dat hij de afhandeling van alle kosten zelf moest regelen met de ziektekostenverzekeraar.
De commissie overweegt met betrekking tot deze telefonische melding bij de alarmcentrale als volgt.

Uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde dossier van de alarmcentrale blijkt dat aan de echtgenoot van verzoekster is medegedeeld dat er een "beperkte dekking" was, dat de zorgkosten in principe zelf moesten worden betaald en achteraf konden worden gedeclareerd, en dat enkel bij "hoge nood" na toestemming van de ziektekostenverzekeraar een beperkte garantie kon worden afgegeven op basis van een DOT-code. Partijen zijn het derhalve kennelijk eens over het feit dat de zorgkosten eerst door verzoekster moesten worden voldaan en vervolgens konden worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Dat verzoekster niet is geïnformeerd over de DBC-systematiek blijkt niet uit het dossier van de alarmcentrale, terwijl zij aan de hand van verzekeringsvoorwaarden ermee bekend had kunnen zijn dat medisch specialistische zorg wordt gedeclareerd en vergoed op basis van DBC's. Deze stelling wordt daarom gepasseerd. Gesteld noch gebleken is dat aan verzoekster anderszins een toezegging is gedaan. Voorts geldt dat verzoekster wist, althans behoorde te weten, dat zij een naturapolis heeft afgesloten en dat zij daarom in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorgaanbieders.

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar is bij de vaststelling van de vergoeding uitgegaan van twee DBC-zorgproducten. Voor de ziekenhuisopname en behandeling is DBC-zorgproduct 99899074 vastgesteld. Het betreft een zorgproduct uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders 2015' van de ziektekostenverzekeraar bedroeg het bijbehorende tarief € 4.653,88. Dit betreft 100 percent van het door de ziektekostenverzekeraar gemiddelde gecontracteerde tarief. Verder is voor het consult bij de longarts DBC-zorgproduct 990003012 vastgesteld. Dit betreft (eveneens) een zorgproduct uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders 2015' van de ziektekostenverzekeraar bedroeg het bijbehorende tarief € 119,--. Dit betreft 100 percent van het door de ziektekostenverzekeraar gemiddelde gecontracteerde tarief.
- Uit het advies van het Zorginstituut van 23 januari 2017 blijkt dat DBC zorgproductcode 109999038 passender is. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Verzoekster heeft zodoende aanspraak op vergoeding van het bij DBC zorgproductcode 109999038 behorende tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft zich inmiddels bereid verklaard de door het Zorginstituut genoemde DBC zorgproductcode toe te passen en de vergoeding dienovereenkomstig aan te passen. Aan verzoekster is een bedrag van € 596,72 nabetaald. Voorts blijkt uit het advies van het Zorginstituut dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van andere DBC's. Ook bij deze conclusie sluit de commissie zich aan.
- De commissie merkt in dit kader nog op dat een (vergoeding op basis van een) zorgproduct wordt geacht kostendekkend te zijn. Een separate vergoeding van bijvoorbeeld een onderzoek is derhalve niet aan de orde.
- 9.5. De stelling van verzoekster dat als de ziektekostenverzekeraar haar vooraf duidelijk had geïnformeerd over de DBC-systematiek, zij de wijze van declareren had kunnen afstemmen met het AZP, treft geen doel. Buitenlandse ziekenhuizen werken namelijk niet met DBC's. Bij het declareren van nota's van buitenlandse ziekenhuizen moet daarom door de Nederlandse zorgverzekeraar altijd de vertaalslag naar DBC's worden gemaakt om op die manier de vergoeding vast te stellen.
- 9.6. Verzoekster heeft nog gesteld dat zij ingevolge de verzekeringsvoorwaarden aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van medicijnen, zolang deze kosten niet hoger zijn dan de Nederlandse tarieven. Volgens haar zijn de in rekening gebrachte kosten van medicijnen in Suriname niet hoger dan de Nederlandse tarieven. Hiertoe merkt de commissie op dat een vergoeding op basis van een DBC het gehele zorgtraject betreft, dat wil zeggen de behandeling inclusief eventuele bijbehorende geneesmiddelen en verbandmiddelen (artikel 15 van de zorgverzekering). Een separate vergoeding van medicijnen is, anders dan verzoekster meent, derhalve niet aan de orde.

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, 8 maart 2017,



A.I.M. van Mierlo

