

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F tegen C en E beide te D
Zaak : Zuid-Afrika, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.01854
Zittingsdatum : 2 februari 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F
tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Uitgebreid (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvulling Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 behandeling van keelkanker, ondergaan te Zuid-Afrika (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker bij brief van 31 mei 2010 medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk wordt ingewilligd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 27 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de vergoeding € 12.817,83 (€ 8.990,09 + € 2.1717,47 + € 1.656,27) bedraagt.
- 3.3. Bij brief van 3 september 2010 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 zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 december 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 december 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 8 december 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 januari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2010143165) 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-codes zijn gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 februari 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 7 februari 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 10 februari 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker lijdt aan een vorm van keelkanker. Als gevolg hiervan heeft hij een aantal medische behandelingen moeten ondergaan en zal hij zeer waarschijnlijk nog meerdere behandelingen nodig hebben. Bovendien ondergaat verzoeker chemo- en radiotherapie. Hij verblijft momenteel met zijn gezin in Zuid-Afrika.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft voorafgaand aan de behandelingen nooit medegedeeld dat deze in Nederland onder een DBC-code vallen die per jaar slechts eenmaal wordt vergoed. Hij wist daarom niet dat kosten voor zijn rekening zouden blijven. Gelet op de zorgplicht had de ziektekostenverzekeraar hem daarop moeten wijzen.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft buiten het bedrag van de DBC-codes nog een bedrag van € 5.962,93 toegezegd voor de operatie van 1 juni 2010. Dat bedrag is echter tot op heden niet ontvangen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij het niet eens is met het CVZ-advies. Wellicht klopt het indien alleen naar de wet en de polis wordt gekeken, maar de polis is op dit punt onduidelijk. Er wordt nergens vermeld dat de kosten maar eenmaal per jaar gedeclareerd kunnen worden. Verzoeker heeft voor zijn vertrek naar Zuid-Afrika telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar teneinde een en ander na te vragen. Hem is toen alleen verteld dat voor zorgkosten maximaal de Nederlandse tarieven worden vergoed. Hij is niet gewezen op een dekkingsrisico. Bovendien betrof een deel van de kosten acute (levensreddende) zorg die niet kon worden voorzien. Deze kosten dienen in ieder geval te worden vergoed.

4.5. Verzoeker 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 op basis van de summier informatie over de in Zuid-Afrika ondergane behandelingen de DBC-codes 02.11.00.0067.0213, 13.11.00.0801.4601 en 61.11.11.0101.0102 zijn vastgesteld, met een bijbehorend tarief van in totaal € 12.817,83. Er is een toezegging gedaan met betrekking tot het bedrag van € 5.962,93 voor de operatie van 1 juni 2010, die door de ziektekostenverzekeraar zal worden nagekomen. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hoger bedrag dan reeds aan hem is uitgekeerd respectievelijk toegezegd.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de kosten in Nederland aan de hand van een DBC zouden zijn vergoed. Het is aan verzoeker zich goed te informeren over de vergoeding. Er is een coulancevergoeding toegezegd van circa € 5.000,-- op basis van een conceptnota. De definitieve nota heeft de ziektekostenverzekeraar echter nog niet ontvangen.

5.3. De ziektekostenverzekeraar 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, 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 alsnog volledig 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners, en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering. Artikel 18.12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de medisch-specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging (dagop-

name), alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.”

Artikel 18.2 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 3 lid 2 van zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland.”

Artikel 3 lid 2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
- indien en voorzover geen (maximum-)tarief op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme tarief.”*

- 8.3. De artikelen 3, 18.2 en 18.12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruikmaakt 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. Tussen partijen is niet in geschil dat de aan verzoeker verleende zorg in Zuid-Afrika een verzekerde prestatie vormt en dat hij daarvoor een indicatie heeft. Slechts de hoogte van de vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Gelet op de polisvoorwaarden bestaat bij zorg in het buitenland aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde Wmg-tarief. Ter vaststelling van het tarief heeft de ziektekostenverzekeraar de DBC-codes 02.11.00.0067.0213, 13.11.00.0801.4601 en 61.11.11.0101.0102 gehanteerd. Deze codes hebben als omschrijving: “Reguliere zorg // Maligne larynx tumoren stadium III en IV / Klinisch met therapeutische verrichting”, “Reguliere zorg // maligniteit hoofd-hals / chemo-immunotherapie poliklinisch” en “Reguliere zorg / Radicale behandeling / T1 Standaard bestraling”. Het betreft DBC-codes uit het A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. De bijbehorende tarieven zijn € 8.990,09, € 2.171,47 en € 1.656,27.

Gelet op de informatie in het dossier met betrekking tot de door verzoeker ondergane behandelingen komen de gehanteerde DBC-codes de commissie juist voor.

- 9.3. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar hem op de hoogte had moeten stellen van de toepasselijkheid van de DBC-systematiek, zodat hij wist dat kosten voor zijn rekening zouden blijven, merkt de commissie op dat uit de polisvoorwaarden volgt dat bij zorg in het buitenland maximaal het in Nederland van toepassing zijnde Wmg-tarief wordt vergoed. Daaruit had verzoeker kunnen afleiden dat de vergoeding kan afwijken van de werkelijke kosten. Het lag op verzoekers weg na-vraag te doen bij de ziektekostenverzekeraar naar de hoogte van de vergoeding.
- 9.4. Met betrekking tot het door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker toegezegde bedrag van € 5.962,93 ter zake van de operatie op 1 juni 2010 merkt de commissie op dat hierover geen geschil bestaat. Indien het bedrag nog niet door de ziektekostenverzekeraar is uitgekeerd, dient deze hiertoe alsnog over te gaan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 23 februari 2011,

Voorzitter