

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F
Zaak : Buitenland, Singapore, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.00742
Zittingsdatum : 30 maart 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door G te H

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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de zorgkosten die verband houden met haar opname in het ziekenhuis te Singapore van 10 tot en met 27 augustus 2008 (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 8 april 2009 is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de kosten van de DBC's voor het reguleren van de bloedsuiker en de behandeling van astma en van een longontsteking apart te vergoeden. Daarom wordt een extra bedrag van € 1.649,40 vergoed.
- 3.4. Bij brief van 6 augustus 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek). Verzoekster heeft haar verzoek bij brieven van 22 september en 22 oktober 2010 nader onderbouwd.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 februari 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 maart 2011 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 februari 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 14 maart 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011019963) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-codes heeft toegepast voor de vaststelling van de hoogte van de vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is op 15 maart 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 30 maart 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 1 april 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 6 april 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster, die onder andere astma en diabetes mellitus heeft, heeft in 2008 in het buitenland te maken gekregen met diverse aandoeningen en heeft daartoe in het ziekenhuis veel behandelingen moeten ondergaan.
- 4.2. Verzoekster heeft twee hartinfarcten gehad. Dientengevolge zijn bij haar vier stents geplaatst. Na de eerste ingreep bestond de kans op trombose, zodat een behandeling met heparine noodzakelijk was. Daarnaast kreeg verzoekster te maken met hart-ritmestoornissen en instabiele bloedsuikerwaarden. Ook diende zij constant zuurstof toegediend te krijgen wegens astma. Voorts heeft verzoekster knokkelkoorts opgelopen met daarbij ontstekingen aan het botvlies. Als gevolg hiervan heeft zij jicht ontwikkeld. Verder is verzoekster behandeld voor voedselvergiftiging en een longontsteking.
- 4.3. Verzoekster was in de betreffende periode ernstig ziek. Na enigszins te zijn hersteld is zij per air ambulance overgebracht naar Singapore. Hierbij zijn voorwaarden gesteld, aangezien vliegen alleen mogelijk is bij een 'fit to fly' verklaring. Er mocht hierbij sprake zijn van slechts één tussenstop tijdens de vlucht en er diende zuurstof aan boord te zijn.

- 4.4. Verzoekster heeft de stellige indruk dat de ziektekostenverzekeraar niet al haar aandoeningen en de hiervoor noodzakelijke behandelingen bij zijn beoordeling van de declaraties heeft betrokken. Daarbij is door deze geen uitsluitel gegeven over de wijze waarop hij tot zijn berekening en de keuze voor de DBC's is gekomen. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar geen zorgvuldige beslissing heeft genomen. Zij voelt zich in deze visie gesteund doordat een kennis, die op de financiële administratie van een ziekenhuis werkt, haar heeft verteld dat op basis van alle aandoeningen van verzoekster tot een geheel andere berekening dient te worden gekomen.
- 4.5. De nota van het ziekenhuis in Singapore kan "redelijkerwijs niet op kunstmatige wijze in het Nederlandse DBC-systeem (...) worden geïmplementeerd". Het DBC-systeem is immers een systeem dat uitgaat van gemiddelden, waarbij de kosten van dure patiënten worden verrekend met die van goedkope patiënten. Voor buitenlandse ziekenhuizen bestaat deze mogelijkheid tot verrekenen niet, aangezien daar met tarieven wordt gewerkt die in rekening worden gebracht per behandeling per patiënt. Het verschil in kosten tussen de Nederlandse DBC en het buitenlandse tarief kan in alle redelijkheid niet worden afgewenteld op verzoekster, maar dient door de ziektekostenverzekeraar te worden gedragen.
- 4.6. Het is in strijd met de redelijkheid en billijkheid om de complexe ziektesituatie van verzoekster onder te brengen in één DBC en dit bedrag slechts te verhogen met twee dagopnames voor de andere aandoeningen.
- 4.7. Indien de commissie oordeelt dat voor de vaststelling van de vergoeding wel aangehaakt dient te worden bij het Nederlandse DBC-systeem, kunnen volgens de DBC-systematiek de volgende DBC's worden vergoed. Voor de opname in het ziekenhuis vanwege voor de voedselvergiftiging en de knokkelkoorts dient een klinische DBC voor inwendige geneeskunde te worden vergoed. De hartinfarcten zijn operatief behandeld door een cardio-pulmonaal chirurg. Voor deze zorg dient een separate klinische DBC te worden vergoed. Na de plaatsing van de stents is verzoekster teruggeplaatst naar de afdeling interne geneeskunde. Ervan uitgaande dat verzoekster is overgebracht naar interne geneeskunde en de internist de ontregeling van de diabetes mellitus heeft behandeld, en dat daarbij aan de regels van paralleliteit wordt voldaan, mag een nieuwe DBC worden geopend. Verzoekster benadrukt dat geen sprake was van steeds dezelfde zorgvraag. Zij is door vijf specialisten behandeld. De longarts heeft de longontsteking behandeld en daarom mag hiervoor eveneens een separate DBC worden vergoed.
- 4.8. Verzoekster heeft voorafgaand aan haar vakantie contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft haar medegedeeld dat bij eventueel noodzakelijke zorgkosten op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding.
- 4.9. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat het Nederlandse stelsel niet passend is in de onderhavige situatie. De uitkomst hiervan is onredelijk en onbillijk. De ziektekostenverzekeraar dient de werkelijk gemaakte kosten te vergoeden. Verzoekster leeft op het sociaal minimum, is al jarenlang ernstig ziek en is door vrienden getrakteerd op een vakantie naar Indonesië. Verzoekster staat door haar aandoeningen zwaar onder druk en wordt nu door de ziektekostenverzekeraar nog zwaarder onder druk gezet met een torenhoge rekening die zij zelf zou moeten betalen. Verzoekster verwijst naar een stuk dat door prof. mr. J.G. Sijmons is geschreven als onderdeel van

een preadvies van de Vereniging van Gezondheidsrecht, waarin onder meer wordt gesteld dat de waarde van een concurrerend stelsel moet worden gemeten in gezondheidswinst voor de patiënt, en niet in doelmatigheid voor anderen.

Verzoekster benadrukt dat zij voorafgaand aan haar vakantie de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd of zij verzekerd is in het buitenland, waarbij zij duidelijk heeft vermeld dat zij vier weken naar Indonesië zou gaan. Het antwoord hierop was "ja, tegen kostprijs". Verzoekster heeft hieruit opgemaakt dat de werkelijke kosten zouden worden vergoed.

- 4.10. Verzoekster benadrukt dat de onderhavige behandelingen van levensbelang waren en niet uitgesteld konden worden. Alles overwegende concludeert verzoekster dat het onredelijk, en in strijd met de polisvoorwaarden en de toezeggingen van de ziektekostenverzekeraar is, de onderhavige kosten niet volledig te vergoeden. Haar verzoek dient daarom te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft van alarmcentrale Eurocross, met de declaratie van de onderhavige kosten, de diagnose angina pectoris doorgekregen. Verder bleek uit het dossier dat sprake is van een opname in Indonesië op 27 en 28 juli 2008 en in Singapore van 10 tot en met 27 augustus 2008. Op grond hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar de meest passende DBC vastgesteld, te weten 20110002030243 *reguliere zorg/angina pectoris/PCI behandeling klasse 4 met klinische episoden*. Het tarief van deze DBC was op dat moment € 9.162,10. Deze is verhoogd met IC declaratiecode 190134, zijnde € 1.166,50 en IC declaratiecode 190135, zijnde € 292,10. Het totale vergoedingbedrag is daardoor € 10.620,70.
- 5.2. De totale kosten van de ziekenhuisopnames bedragen € 39.806,14. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van behandeling door een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener in het buitenland tot maximaal het in Nederland op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde maximumtarief.
- 5.3. Met het Bericht Afhandeling Zorgkostennota's van 8 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster verzocht een bedrag van € 29.165,02 (€ 39.806,14 -/- € 10.620,70 -/- € 20,42 bankkosten) aan hem te betalen. Met deze brief is verzoekster tevens geïnformeerd over de apotheeknota's van 13 januari 2009, die ten laste van haar eigen risico zijn gebracht. Dit eigen risico van € 155,- had zij nog niet aan de ziektekostenverzekeraar betaald. Daarom komt de totale vordering op € 29.320,02.
- 5.4. Op voornoemde vordering heeft de ziektekostenverzekeraar, na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, een bedrag van € 1.649,40 in mindering gebracht. Dit bedrag bestaat uit de DBC's 13110002221102 *"reguliere zorg/diabetes mellitus met secundaire complicaties/behandeling niet nader omschreven/niet verbijzonderd met dagopname"* met een tarief van € 972,- en DBC 13110004011102 *reguliere zorg/pneumonie/behandeling niet nader omschreven/niet verbijzonderd met dagopname"* met een tarief van € 677,14. Met deze DBC's wordt tegemoetgekomen aan de andere zorgvragen van verzoekster.

- 5.5. De declaratie van € 1.671,16 voor de zorgkosten in Indonesië voor poliklinische zorg, geneesmiddelen en fysiotherapie, die verzoekster bij de ziektekosten heeft ingediend, is door de ziektekostenverzekeraar, met uitzondering van de fysiotherapie, vergoed.
- 5.6. Verzoekster is op 10 augustus 2008 van Jakarta naar Singapore geëvacueerd. Het was in het ziekenhuis in Jakarta niet mogelijk een angiografie te maken. In 2008 bestond op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van deze kosten. Met ingang van 1 januari 2009 is dat wel het geval en daarom heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de vervoerkosten ten bedrage van € 18.340,-- coulancehalve te vergoeden.
De reisverzekering van verzoekster bood wel dekking voor repatriëring naar Nederland, maar niet voor een medisch noodzakelijke evacuatie. Het was op dat moment echter medisch niet verantwoord naar Nederland terug te vliegen. De behandelend arts kon geen 'fit to fly' verklaring afgeven. Daarom heeft Eurocross, in overleg met de contactpersoon van verzoekster, ervoor gezorgd dat verzoekster met een air ambulance naar Singapore is gebracht, waar de medisch noodzakelijke behandeling kon worden voortgezet.
- 5.7. Uit de klantcontactadministratie blijkt echter niet dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar heeft gebeld of gemaild. De ziektekostenverzekeraar registreert alle klantcontacten. Uit deze administratie blijkt dat verzoekster geen contact heeft gehad in de periode van 12 februari 2007 tot 19 september 2008. Hieruit concludeert de ziektekostenverzekeraar dat hij verzoekster niet telefonisch onjuist heeft geïnformeerd. Voorts heeft Eurocross zowel telefonisch als schriftelijk duidelijk gecommuniceerd dat de zorgverzekering 100 percent van het vastgestelde Nederlandse tarief vergoedt en dat dit betekent dat een deel van de kosten zelf moet worden betaald als de kosten van de behandeling in het buitenland hoger zijn dan in Nederland. Dit is op 29 juli 2008 door Eurocross telefonisch medegedeeld aan de contactpersoon van verzoekster en is op 30 juli 2008 schriftelijk bevestigd.
- 5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerder ingenomen stellingen herhaald. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat uit de brief van Eurocross blijkt dat maximaal 100 percent van het Nederlandse tarief wordt vergoed, waarbij ook een verwijzing naar de Wmg is opgenomen.
- 5.9. 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 bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van zorg verleend in Singapore 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. 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 ziekenhuisopname bestaat. Dit artikel 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. 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.

Wij vergoeden de kosten van:

- ☐ 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.

(...)"

- 8.3. In artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

18.1.3 De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft naar keuze aanspraak op de vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis 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 marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- ☐ wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. (...)

18.2 Zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

(...)

18.2.2 Voor medisch noodzakelijke zorg aan de verzekerde die woont in Nederland of ander EU/EER-land of verdragsland, en tijdelijk verblijft in een ander land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, is artikel 18.1.3 van overeenkomstige toepassing.

(...)"

- 8.4. Artikel 1 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering en artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

In artikel 2.2 Bzv bepaalt dat op de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de in Singapore aan verzoekster verleende zorg een verzekerde prestatie is onder de zorgverzekering en dat zij daarvoor een indicatie had. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt hen verdeeld.

9.2. Gelet op de polisvoorwaarden, waarmee verzoekster 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 tarieven voor de door verzoekster genoten zorg heeft de ziektekostenverzekeraar de volgende DBC-codes gehanteerd:

- 20110002030243 *“reguliere zorg/angina pectoris/PCI behandeling klasse 4 met klinische episoden”* met een tarief van € 9.162,10;
- IC declaratiecode 190134 met een tarief van € 1.166,50;
- IC declaratiecode 190135 met een tarief van € 292,10;
- 13110002221102 *“reguliere zorg/diabetes mellitus met secundaire complicaties/behandeling niet nader omschreven/niet verbijzonderd met dagopname”* met een tarief van € 972,--;
- 13110004011102 *“reguliere zorg/pneumonie/behandeling niet nader omschreven/niet verbijzonderd met dagopname”* met een tarief van € 677,14.

Het CVZ heeft in zijn advies van 14 maart 2011 geconcludeerd dat de gebruikte DBC-codes correct zijn. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

9.3. De angina pectoris is door de ziektekostenverzekeraar terecht als hoofddiagnose beschouwd. Indien sprake is van substantiële meerkosten (40 percent van de hoofddiagnose) voor de behandeling van een tweede of derde diagnose, kan een volledige parallelle klinische DBC worden toegekend. Dit is hier echter niet het geval. Een poliklinische DBC kan worden gerekend als voor die tweede of derde diagnose een “du-re verrichting” is gedaan. Daarvan is in dit geval evenwel geen sprake. De ziektekostenverzekeraar heeft desondanks anders geoordeeld, waardoor verzoekster een hogere vergoeding heeft ontvangen dan waar zij strikt genomen recht op heeft. De commissie zal hier echter niet in treden. De totale vergoeding waarop verzoekster aanspraak heeft komt hiermee op een bedrag van € 12.269,84.

- 9.4. Een DBC-code wordt in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat dit – gelijk bij verzoekster – niet steeds het geval zal zijn, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 april 2011,

Voorzitter