

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Cyprus, Turkije, geneeskundige zorg, bloedonderzoek,
endoscopie, operatie dikke darm, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2011.01082
Zittingsdatum : 11 januari 2012

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit 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. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van bloedonderzoeken, een endoscopie en enkele geneesmiddelen, welke kosten zijn gemaakt in Gyrne (Cyprus), en een operatie aan de dikke darm, uitgevoerd in Istanbul (Turkije) (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 16 februari 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 10.241,54, wordt ingewilligd.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 april 2011 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 19 september 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 november 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 december 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 4 november 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 24 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 20111115838) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding. De zorgverzekeraar had kunnen volstaan met vergoeding volgens DBC-code 03.11.00.0333.0203, met een bijbehorend tarief van € 9.652,32. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 11 januari 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 12 januari 2012 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. Bij brief van 13 januari 2012 heeft de commissie enkele van verzoeker ontvangen stukken nagezonden aan het CVZ. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 16 januari 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen 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 stelt dat de zorgverzekeraar ten onrechte slechts een gedeeltelijke vergoeding heeft verleend. De kosten van de bloedonderzoeken en de endoscopie bedroegen € 928,-- respectievelijk € 1.620,--. De zorgverzekeraar is gehouden deze kosten alsnog ten laste van de zorgverzekering te vergoeden.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de kwestie met name betrekking heeft op de behandeling op Cyprus. Hier ging het feitelijk om een behandeling gedurende vijf dagdelen. Verzoeker verbleef dagelijks anderhalf uur in de kliniek en kreeg daar bloed en antibiotica toegediend.
Door de zorgverzekeraar is gesteld dat Nederlandse huisartsen geen klinische zorg verlenen in hun praktijk. Verzoeker heeft andere ervaringen met zijn eigen huisarts. Deze heeft in de praktijk een ruimte waar bloed kan worden afgenomen, en een ruimte voor longonderzoek. Het betreft hier kosten van 'eerstelijns' zorg, die onder de dekking van de zorgverzekering vallen.
Het CVZ-advies gaat verzoeker te ver, in die zin dat het college ineens een nieuwe DBC uit de hoge hoed tovert. Ook indien de DBC met het hogere tarief wordt gehanteerd blijft een groot bedrag voor zijn rekening.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de operatie aan de dikke darm is vergoed conform DBC-code 03.11.00.0334.0203. De overige nota's zijn onvoldoende gespecificeerd. Zo is niet duidelijk welke behandelingen hebben plaatsgevonden en door wie deze zijn uitgevoerd. Deze kosten komen dan ook niet voor vergoeding in aanmerking. De zorgverzekeraar heeft wel een vergoeding verleend voor de bloedonderzoeken. Het gaat hierbij om een bedrag van € 424,25 respectievelijk € 149,38, een en ander conform het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief.
- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit de verklaring van de huisarts in Cyprus enkel kan worden opgemaakt dat sprake is geweest van een opname. Hieruit is af te leiden dat geen huisartsenzorg is verleend.
- 5.3. De zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 2 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)”

- 8.4. Artikel 13 van de ‘lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de algemene voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:
a aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
b aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform art. 7 van de algemene voorwaarden.(...)”

- 8.5. Artikel 7 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“(...)2 a De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten.
b De vergoeding van kosten vindt plaats op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, en voorts – tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief, danwel - indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)”

- 8.6. Artikel 9 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“1 De verzekerde is verplicht om:(...)
f alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden; (...)”

- 8.7. De artikelen 2 en 13 van de ‘lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering en de artikelen 7 en 9 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 8.9. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.10. Artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt:

“Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Ten aanzien van de operatie aan de dikke darm zoals uitgevoerd in Turkije vormt een gegeven dat het hier een verzekerde prestatie betreft en dat verzoeker daarvoor ten tijde van de ingreep een indicatie had. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. De commissie is van oordeel dat niet gebleken is dat de gezondheidstoestand van verzoeker onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakte, als bedoeld in artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid. Hij heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding conform het Turkse socialezekerheidsstelsel. Gelet op artikel 13 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bestaat aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief.
- 9.3. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de zorgverzekeraar uitgegaan van DBC-code 03.11.00.0334.0203, met als omschrijving: “Reguliere zorg // Operatief met klinische episode(n)”. De productgroepomschrijving luidt: “Maligne neoplasma recto-sigmo overgang”. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief was ten tijde van de ingreep (november 2010) € 10.241,54. Het CVZ merkt in zijn advies van 24 november 2011 op dat de zorgverzekeraar had kunnen volstaan met vergoeding volgens DBC-code 03.11.00.0333.0203, met een bijbehorend tarief van € 9.652,32. De commissie volgt het CVZ in zijn advies, maar verbindt hieraan geen financiële consequenties voor verzoeker. Uitgangspunt dient namelijk te zijn dat een verzekerde, in een situatie als de onderhavige, erop moet kunnen vertrouwen dat de zorgverzekeraar uitgaat van de juiste tarieven. Daarom staat het de zorgverzekeraar niet vrij het teveel betaalde bedrag bij verzoeker te vorderen.
- 9.4. Met betrekking tot de door verzoeker in Cyprus ondergane behandelingen, bloedonderzoeken en de aldaar aan hem voorgeschreven geneesmiddelen oordeelt de commissie, gelet op het advies van het CVZ van 24 november 2011, dat gedeeltelijk sprake is van kosten van behandelingen die geen zorg zijn zoals huisartsen die plegen te bieden. De overige kosten vallen onder de eerdergenoemde DBC-code, zodat volgens het CVZ geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding. De commissie neemt het advies van het CVZ over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

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, 25 januari 2012,

Voorzitter