

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.01118
Zittingsdatum : 2 februari 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Buitenland Polis (hierna: de ziektekostenverzekering). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Zorgzaam Ster 4 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 een operatie aan de knie, uitgevoerd te Faro (Portugal) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten tot een bedrag van € 12.347,60 worden vergoed.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de vergoeding te verhogen met een bedrag van € 1.070,70.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 16 oktober 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, dan wel tot een hoger bedrag dan € 13.417,60 in te willigen, ten laste van de ziektekostenverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 december 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 december 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 februari 2011 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker kreeg eind 2008 ernstige artrose in de linkerknie. In eerste instantie is getracht met fysiotherapie het probleem te verhelpen. Een en ander mocht echter niet baten. Op 19 mei 2009 kreeg verzoeker een ernstige bacteriologische infectie in de knie. Hij is daaraan geopereerd, en is achttien dagen in het ziekenhuis verbleven. In verband met het feit dat verzoeker diabetes en schildklierproblemen heeft, was het lastig de betrokken bacterie te determineren en een behandelmethode te vinden. Op 25 februari 2010 is verzoeker voorzien van een knieprothese.
- 4.2. De kosten worden door de ziektekostenverzekeraar niet volledig vergoed; een bedrag van € 4.305,87 blijft voor eigen rekening. Verzoeker is van mening dat – gelet op de ingewikkelde operatie en de opgetreden complicaties – een hogere vergoeding dient te worden verleend.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij in 2009 een kijkoperatie aan de knie heeft ondergaan. Hij zou een half jaar moeten wachten alvorens tot het plaatsen van een knieprothese zou worden overgegaan. Na drie maanden kreeg hij echter last van een 'lopende knie'. De arts liet hem toen direct opnemen. Verzoeker heeft geen keuze gehad wat betreft ziekenhuis of kamer. Hij is toen geopereerd en na vijf dagen weer ontslagen. Hierbij kreeg hij de opdracht een bepaald middel te gebruiken. Dit middel kon evenwel alleen in het ziekenhuis worden toegediend. Verzoeker moest uiteindelijk opnieuw worden geopereerd en heeft nog twaalf dagen in het ziekenhuis gelegen. Daarna moest hij wederom een half jaar wachten vanwege de knieprothese. Hij was verrast toen hij van de ziektekostenverzekeraar te horen kreeg dat € 5.300,-- van de kosten voor eigen rekening bleef. Omdat verzoeker lijdt aan diabetes, volgde een aanvullende vergoeding, zodat nog circa € 4.300,-- resteert. De gehanteerde DBC-codes hebben geen betrekking op de situatie van verzoeker.
- 4.4. 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 DBC-code 05.11.00.1802.0213 een bedrag van € 6.173,80 is vergoed ten laste van de ziektekostenverzekering. Dit bedrag is verdubbeld ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op basis van de verklaring van de medisch specialist is een aanvullende vergoeding verleend van € 1.070,70 voor diabetes mellitus op basis van DBC-code 13.11.00.0221.1101. Daarmee blijft een bedrag van € 4.305,87 voor rekening van verzoeker.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de gehanteerde DBC-code de meest passende is. Het bijbehorende tarief is ten laste van de zorgverzekering vergoed. De aanvullende ziektekostenverzekering geeft recht op een aanvullende vergoeding van 100 percent. Vanwege de diabetes is een tweede DBC-code in de berekening betrokken, met een tarief van € 535,35. Ook hiervoor geldt dat de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak geeft op een aanvullende vergoeding van 100 percent.

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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak volledig, dan wel tot een hoger bedrag, te vergoeden, ten laste van de ziektekostenverzekering 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. Artikel 3.1 lid 2 van de ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op medisch-specialistische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

“Medisch-specialistische zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden als bedoeld in artikel 3.6, alsmede de bij de behandeling binnen de instelling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)”

Artikel 2.3 lid 2 van de ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“De vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten is gelijk aan het tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien [de ziektekostenverzekeraar] geen tarief is overeengekomen, is de vergoeding gelijk aan het WMG-tarief, indien op grond van het WMG geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door de NZa is goedgekeurd of vastgesteld. Indien [de ziektekostenverzekeraar] geen tarief overeengekomen is én er geen WMG-tarief van toepassing is dat uitsluitend in rekening mag worden gebracht, bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Een eventuele eigen bijdrage of eigen risico komt voor rekening van de verzekerde.”

8.3. Artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“Geneeskundige zorg bij plaatsing of vestiging in het buitenland (...)”

Totaal tot maximaal 200% van de vergoeding, die voor een vergelijkbare behandeling in Nederland krachtens de dekking van de Modelovereenkomst Zorgzaam, de Zorgzaam Buitenland Polis of deze Zorgzaam aanvullende verzekering zou worden vergoed.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de ziektekostenverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de aan verzoeker verleende zorg verzekerd is en dat hij daarvoor een indicatie heeft. Enkel de hoogte van de vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Conform de polisvoorwaarden bestaat aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. De ziektekostenverzekeraar is bij de vaststelling van het tarief uitgegaan van de DBC-codes 05.11.00.1802.0213 en 13.11.00.0221.1101, met als omschrijving: “Reguliere zorg // Arthritis / Operatief met klinische episode(n)” respectievelijk “Reguliere zorg // diabetes mellitus zonder secundaire complicaties / behandeling nno / niet verbijzonderd poliklinisch”. De DBC-code 05.11.00.1802.0213 betreft een code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief is € 6.173,80. De DBC-code 13.11.00.0221.1101 betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. Het bijbehorende tarief is volgens de ziektekostenverzekeraar € 535,35. De gehanteerde codes komen de commissie – gelet op de gegevens in het dossier over de bij verzoeker uitgevoerde operatie – juist voor, zodat de vergoeding ten laste van de ziektekostenverzekering € 7.244,50 bedraagt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Ingevolge de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op maximaal 200 percent van het tarief dat op basis van onder andere de ziektekostenverzekering wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hieraan gevolg gegeven door het bedrag van € 6.173,80, alsmede de € 535, 35, tweemaal aan verzoeker te vergoeden.

Conclusie

- 9.4. 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