

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van E
en F tegen C te D
Zaak : Verenigde Staten, geneeskundige zorg, geboorte tweeling met
complicaties, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.00016
Zittingsdatum : 11 augustus 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van E(hierna te noemen: verzekerde 1) en F (hierna te noemen: verzekerde 2),

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 6 en 27 oktober 2009 de kosten verbonden aan medisch-specialistische zorg in verband met de geboorte van verzekerden 1 en 2 in de Verenigde Staten (hierna: de aanspraak) gedeeltelijk te vergoeden, te weten tot een totaalbedrag van € 13.547,21.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag waren verzekerden 1 en 2 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Restitutie Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerden 1 en 2 bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Extra Pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tand Totaal Pakket afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Het Tand Totaal Pakket is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.
- 3.2. Bij brieven van 6 en 27 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat van de totaal gedeclareerde kosten, ten bedrage van \$ 4.670,75 (verzekerde 1) respectievelijk \$ 30.037,50 (verzekerde 2), omgerekend in euro's een bedrag van € 13.547,21 wordt vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft op dit verzoek niet gereageerd.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 1 april 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehou-

den is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 mei 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 mei 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 juni 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 31 mei 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 1 juli 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010072096) 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.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 augustus 2010 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 19 augustus 2010 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 23 augustus 2010 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 stelt dat verzekerden 1 en 2 op 24 juli 2009 zijn geboren in de Verenigde Staten. De geboorte vond plaats door middel van een keizersnede. Bij verzekerde 2 traden complicaties op, ondermeer vanwege het afwezig zijn van één nier. Hij moest hieraan direct worden geholpen. De ziektekostenverzekeraar is gehouden tot uitbetaling van het Nederlandse tarief voor de kosten van de geboorte van zowel verzekerde 1 als verzekerde 2. De spoedeisende zorg aan verzekerde 2 dient tot 200 percent van het Nederlands tarief te worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat een aangeboren afwijking niet voorzienbaar is, en daarmee spoedeisende zorg. Deze kosten dienen daarom tot 200 percent van het Nederlands tarief te worden vergoed, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verder heeft verzoeker verzocht om vergoeding van de kosten van

rechtsbijstand voor de eerdere procedure in 2009, ter hoogte van € 1.237,60.

4.3. 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 voor verzekerde 1 een bedrag van € 3.631,76 is vergoed. Voor verzekerde 2 is een bedrag van € 9.915,45 vergoed.

5.2. Volgens de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden gesproken van spoedeisende zorg indien de zorg onvoorzien is. In het geval van verzekerden 1 en 2 is geen sprake van onvoorziene zorg. Een bevalling van een tweeling door een draagmoeder leidt altijd en in elk westers land tot voorzienbaarheid van opname van de geboren kinderen. Dat er bij één van de kinderen een afwijking werd geconstateerd doet daaraan niet af. Derhalve bestaat geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de aan verzekerde 2 verleende zorg voorzienbaar was en daarmee geen spoedeisende zorg, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding van 200 percent van het Nederlands tarief ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanspraak terecht gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 13.547,21, is ingewilligd.

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 restitutiepolis, zodat verzekerden gebruik kunnen maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde die in Nederland woont, (...) heeft naar keuze aanspraak op:

- (...)
- *vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.”*

- 8.3. De artikelen 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op geneeskundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland geregeld. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“Vergoeding:

Geneeskundige kosten Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden of op de Azoren:

- (...)

Geneeskundige kosten overige landen:

- *geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven*
- *ziekenhuisverpleging in de laagste klasse tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven*
- (...)

Voorwaarden:

- *De verzekerde moet voor de dekking van geneeskundige hulp een standaardverzekering hebben afgesloten.*
- *Het verblijf in het buitenland mag niet langer dan zes maanden duren*
- *De hulp moet een spoedeisend karakter hebben. De verzekerde mag niet vooraf de bedoeling gehad hebben hulp te vragen aan een buitenlandse arts of andere zorgaanbieder. Bij de aanvang van de reis mag niet te voorzien zijn geweest dat de verzekerde een beroep zou moeten doen op geneeskundige hulp (...).”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de door verzekerden 1 en 2 genoten zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en dat zij daarvoor een indicatie hadden. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de daaraan verbonden vergoeding.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft voor verzekerde 1 de DBC-code 16.11.56.9902.0813 gehanteerd met als omschrijving: “Reguliere zorg / prematuriteit 34 tot 37 weken met sectio / basiszorg pasgeborene/kind / diagnostiek met /zonder behandeling, klinisch/dagbehandeling”. Het betreft een code uit het A-segment, met een bijbehorend tarief van € 4.661,95. Deze code komt de commissie, gezien de op de nota vermelde behandelingen, juist voor. Voor verzekerde 1 is een bedrag van \$ 4.670,75 gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot uitbetaling van een bedrag van € 3.631,76, welk bedrag het gedeclareerde bedrag (tegen de wisselkoers per 26 juli 2009) meer dan dekt, zodat verzoeker dienaangaande geen belang meer heeft bij zijn verzoek.
- 9.3. Voor verzekerde 2 is een bedrag van \$ 30.037,50 gedeclareerd, hetgeen op 26 juli 2009 in euro's omgerekend neerkomt op een bedrag van € 21.113,04. De ziektekostenverzekeraar heeft ook in dit geval DBC-code 16.11.56.9902.0813 gehanteerd met een bijbehorend tarief van € 4.661,95. Verder heeft hij de code 16.11.56.2342.0823 gehanteerd met als omschrijving: “Reguliere zorg / prematuriteit 34 tot 37 weken met sectio / tractus urogenitalis, ernstig / diagnostiek met/zonder behandeling, uitgebreid klinisch/dagbehandeling” met het bijbehorende tarief van € 595,35, en de code 16.11.56.2342.0933 met als omschrijving: “Reguliere zorg / prematuriteit 34 tot 37 weken met sectio / tractus urogenitalis, ernstig / diagnostiek en behandeling, uitgebreid overplaatsing tertiair centrum” met het bijbehorende tarief van € 770,65. Tot slot zijn declaratiecode 190134 met als omschrijving “IC behandeldag groep 2. Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de IC” met een bijbehorend tarief van € 1.196,-- en declaratiecode 190135 met als omschrijving “IC opnametoeslag groep 2. Wordt geregistreerd op de eerste IC behandeldag” met een bijbehorend tarief van € 299,50 gehanteerd. In totaal is – uitgaande van drie dagen op de Intensive Care Unit – door de ziektekostenverzekeraar voor verzekerde 2 een bedrag van (€ 4.661,95 + € 595,35 + € 770,65 + € 1.196,-- + € 1.196,-- + € 1.196,-- + € 299,50) € 9.915,45 vergoed. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-codes komen de commissie – gelet op de door het ziekenhuis gedeclareerde verrichtingen – juist voor.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Voor verdere vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering dient sprake te zijn van spoedeisende zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat dit bij verzekerden 1 en 2 niet aan de orde was, aangezien een geboorte te voorzien is en het daarmee geen spoedeisende zorg betreft. De commissie deelt deze mening ten aanzien van verzekerde 1. De vraag naar de vergoeding op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering doet zich hier echter niet voor, nu de kosten verband houdende met de geboorte van verzekerde 1 al volledig zijn vergoed. Met betrekking tot verzekerde 2 is beantwoording daarentegen wel opportuun, gelet op hetgeen onder 9.3 is overwogen. De commissie is van oordeel dat in het geval van verzekerde 2

aan het criterium van spoedeisendheid is voldaan, omdat aan hem direct na de geboorte zorg is verleend die onmiddellijk noodzakelijk was in verband met een levensbedreigende situatie. Verzekerde 2 mocht het ziekenhuis niet verlaten voordat hij was behandeld. Een en ander leidt tot de conclusie dat verzoeker voor deze verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van 200 percent van het Nederlands tarief, met uitzondering van de kosten voor de premature geboorte, waarvoor hetzelfde heeft te gelden als voor verzekerde 1. Echter, de ziektekostenverzekeraar heeft om hem moverende redenen voor verzekerde 2 een hoger bedrag vergoed voor de premature geboorte, te weten € 4.661,95.

De vergoeding op basis van 200 percent bedraagt (2 x (€ 595,35 + € 770,65 + € 1.196,-- + € 1.196,-- + € 1.196,-- + € 299,50)) € 10.507,-- voor verzekerde 2, zodat de ziektekostenverzekeraar derhalve pro resto aan verzoeker nog dient uit te keren een bedrag van (€ 15.168,95 - € 9.915,45) € 5.253,50.

Vergoeding kosten rechtsbijstand vorige procedure en rente

- 9.5. Verzoeker heeft vergoeding gevorderd van de kosten van rechtsbijstand, gemaakt tijdens een eerdere procedure, ter hoogte van € 1.237,60 en de wettelijke rente. Dit verzoek is echter eerst tijdens de hoorzitting van de onderhavige kwestie naar voren gebracht, zodat deze in een te laat stadium is ingebracht. Overigens voldoet het verzoek om de wettelijke rente niet aan de daaraan in de wet gestelde eisen.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot vergoeding van een bedrag van € 5.253,50.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 8 september 2010,

Voorzitter