

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B vertegenwoordigd door mr. C te D, tegen E te F
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, operatie rug, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.01658
Zittingsdatum : 21 november 2012

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mr. C te D,
tegen

E te F, 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 WereldWijdPolis (hierna: de ziektekostenverzekering). 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 ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van drie operaties aan de rug, uitgevoerd te Istanbul (Turkije) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 12.056,51, is ingewilligd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 13 juni 2012 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 € 12.056,51 in te willigen, ten laste van de ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 12 september 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 september 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 september 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.

- 3.7. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 november 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.8. Bij brief van 18 december 2012 heeft verzoeker de commissie twee operatieverslagen van het Turkse ziekenhuis doen toekomen. Afschriften hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij brief van 10 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar een reactie gegeven op deze verslagen.
- 3.9. Bij brief van 23 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat de ter zitting toegezegde gespreksverslagen van de ANWB-Alarmcentrale niet (meer) konden worden verstrekt. Wel is een document ingezonden, dat identiek is aan een eerder door de ziektekostenverzekeraar overgelegd stuk. Een afschrift van de brief van de ziektekostenverzekeraar is ter kennisname aan verzoeker gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 1 februari 2011 afgereisd naar Istanbul. De dag na aankomst verslechterde zijn fysieke toestand plotseling zodanig dat hij niet meer in staat was te lopen. Op 3 februari 2011 is verzoeker in een plaatselijk ziekenhuis onderzocht. Het advies was zo snel mogelijk te opereren. Dit zou echter niet eerder dan op 8 februari 2011 kunnen gebeuren. Verzoeker heeft voor deze operatie bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend, telefonisch en per e-mail. Op de e-mail heeft verzoeker geen reactie gekregen.
- 4.2. Omdat verzoeker geen vertrouwen had in het betreffende ziekenhuis, is hij naar een ander ziekenhuis in Istanbul gegaan. Hier zijn op 5 februari 2011 een MRI scan, een röntgenonderzoek en een tomografie gemaakt. Door de artsen werd aan verzoeker medegedeeld dat zijn gezondheidssituatie met het uur zou verslechteren en dat dit uiteindelijk (indien niet zou worden geopereerd) zou kunnen resulteren in een permanente klapvoet of zelfs een dwarslaesie. Er werd direct een operatie ingepland voor 8 februari 2011, waarvoor een dag van tevoren de noodzakelijke onderzoeken zijn uitgevoerd en voorbereidingen zijn getroffen.
- 4.3. Op 6 februari 2011 is door verzoeker nog een e-mail aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd waarin hij mededeelde dat hij op 8 februari 2011 geopereerd diende te worden. Ook hierop is geen reactie gekomen. Op 7 februari 2011 heeft het ziekenhuis contact gezocht met de Alarmcentrale en een kostenopgave en behandelplan gemaild. In de loop van dezelfde dag heeft verzoeker nog telefonisch contact gehad met de Alarmcentrale en gevraagd hoe de behandeling van zijn dossier ervoor stond, en of al toestemming voor de operatie kon worden gegeven. Gezegd werd dat als verzoeker niets meer zou horen, het allemaal in orde was.
- 4.4. De ingreep is op 8 februari 2011 uitgevoerd. De tien uur durende operatie was succesvol. De spinale stenose werd verholpen; drie hernia's werden verwijderd; de vier onderste ruggenwervels werden met acht schroeven vastgezet, en er werden drie nieuwe disks van titanium geplaatst.
- 4.5. Na een herstelperiode van drie weken in het ziekenhuis werd verzoeker ontslagen. Op 2 maart 2011 werd hij echter opnieuw opgenomen vanwege een ernstige en pijnlijke staphylococcusinfectie aan de wonden van de eerste operatie. Op 4 maart 2011

werd een tweede operatie verricht waarbij de gehele wond werd opengemaakt en gespoeld. Verzoeker moest hiervan twee weken herstellen in het ziekenhuis. De infectie hield echter aan, waarna op 4 april 2011 een derde operatie is uitgevoerd.

- 4.6. De totale kosten van de drie ingrepen belopen € 86.782,60. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan slechts € 12.056,51 vergoed, terwijl verzoeker bij spoedeisende zorg recht heeft op vergoeding van 100 percent van de kosten. De ingreep was direct noodzakelijk en kon niet worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.
- 4.7. Voor zover de ingrepen niet spoedeisend zouden zijn, geldt dat de ziektekostenverzekeraar een vergoeding heeft verleend voor een enkele herniaoperatie, terwijl drie veel meer omvattende operaties zijn uitgevoerd. Daarom dienen meerdere DBC-tarieven te worden uitgekeerd.
- 4.8. Behalve de kosten van de ingrepen dient de ziektekostenverzekeraar de kosten te vergoeden van de wettelijke rente ex art. 6:119 BW, alsmede de kosten van rechtsbijstand ten bedrage van € 6.058,75 exclusief BTW en kantoorkostenbedragen.
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De zorg die verzoeker in Istanbul heeft ontvangen, betreft geen spoedeisende zorg. Bij spoedeisende zorg dient het te gaan om medisch noodzakelijke zorg binnen 24 uur. Aangezien verzoeker zich op 3 februari 2011 bij het ziekenhuis meldde met klachten en eerst op 8 februari 2011 is geopereerd, is hiervan geen sprake.
- 5.2. Artikel 7 van de ziektekostenverzekering bepaalt dat recht bestaat op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg gedurende de opname en van verdere bijkomende kosten. Tevens wordt van de kosten van dagbehandeling, alsmede van de kosten van verpleging op basis van de laagste verpleegklasse van het ziekenhuis waar de verzekerde is opgenomen, 100 percent vergoed. Eerder genoemd artikel verwijst naar de Vergoedingenlijst. Hierin staat dat de ziektekostenverzekeraar het recht heeft om de verzekerde voor zorg te laten terugkeren naar Nederland als: a) de verzekerde zorg nodig heeft waarvoor hij moet worden opgenomen in een ziekenhuis, b) de zorg niet spoedeisend is, c) de verzekerde medisch gezien in staat is te reizen, d) de verzekerde gezien de indicatie en zorgbehoefte, zorg van een vergelijkbare kwaliteit als die in het land waar hij verblijft, in Nederland kan krijgen, en e) de kosten van die zorg in Nederland substantieel lager zijn. De beoordeling van bovengenoemde punten ligt bij de Alarmcentrale, al dan niet in overleg met de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. De Alarmcentrale is destijds tot de conclusie gekomen dat geen sprake was van spoedeisende zorg en heeft verzoeker medegedeeld dat eerst toestemming moest worden gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft besloten deze beslissing niet af te wachten en heeft ervoor gekozen de operatie door te laten gaan.
- 5.3. Bij geplande zorg buiten het woonland bestaat aanspraak op maximaal het Nederlandse DBC-tarief. Dit tarief bedraagt voor een spinale stenose € 12.056,51. Verzoeker heeft geen aanspraak op vergoeding van een hoger bedrag.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit het operatieverslag niet blijkt van een beknelling, die kan optreden bij een acute hernia. Spinale stenose is een chronisch ziektebeeld, waarbij geen acute klachten ontstaan. De vaststelling geschiedt aan de hand van bepaalde vormen van beeldvormende diagnostiek.
- 5.5. Naar aanleiding van de door verzoeker overgelegde stukken, heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat deze geen nieuwe gezichtspunten opleveren. De klapvoet wordt als grootste reden voor spoedeisend ingrijpen gegeven. Er was echter geen sprake van spoed. Ook toen verzoeker, direct voorafgaand aan het vertrek naar Istanbul, in de Duitse kliniek verbleef, was sprake van 'slight big-toe levator and forefoot levator weakness'. Niet gebleken is dat een noodzaak bestond voor spoedeisend ingrijpen.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op de verklaring van de ziektekostenverzekeraar van 12 september 2012 is de commissie 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 alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 12.056,51 in te willigen, ten laste van de ziektekostenverzekering.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
- 8.2. Artikel 3 van de ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"A Kostenvergoeding ingeval van spoedeisende medische zorg.

Vergoeding:

- *De kosten van spoedeisende medische en farmaceutische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend voor zover verzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in het woonland zouden zijn gemaakt.*

Voorwaarde(n):

- *Verblijf buiten het woonland niet langer dan 6 maanden aaneengesloten;*
- *Farmaceutische zorg wordt alleen vergoed op basis van een recept van de behandelend arts;*
- *Bij een ziekenhuisopname moet deze direct gemeld worden bij de Alarmcentrale van verzekeraar (...)*

B Kostenvergoeding ingeval van niet-spoedeisende medische zorg

Vergoeding:

- *De kosten van medische en farmaceutische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend voor zover verzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in het woonland zouden zijn gemaakt.*

Voorwaarde(n):

Na voorafgaande toestemming van verzekeraar of Alarmcentrale. (...)”

- 8.3. Artikel 22 van de ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op ziekenhuisopname en luidt, voor zover hier van belang:

“Vergoeding:

- *100% van kosten van verpleging op basis van de laagste verpleegklasse van het ziekenhuis waar verzekerde is opgenomen;*
- *Vergoeding vindt maximaal plaats over 365 dagen;*
- *100% van de kosten van medisch specialistische zorg gedurende de opname en van verdere bijkomende kosten;*
- *100% van kosten van dagbehandeling.*

Voorwaarde(n):

- *Alle kosten houden verband met de opname of dagbehandeling in het ziekenhuis;*
- *Een ziekenhuisopname of dagbehandeling moet direct – indien mogelijk vooraf – gemeld worden bij de Alarmcentrale van verzekeraar (...)*
- *Bij niet-spoedeisende zorg heeft u voorafgaand toestemming van verzekeraar of Alarmcentrale nodig.*
- *Onafgebroken behandeling door specialist of kaakchirurg moet noodzakelijk zijn. (...)”*

- 8.4. Artikel 1 van de ziektekostenverzekering definieert spoedeisende medische zorg in het buitenland als volgt:

“Onvoorziene situatie waarin de gezondheidstoestand van verzekerde onmiddellijk geneeskundige verzorging noodzakelijk maakt en die niet kan worden uitgesteld tot na terugkomst in het woonland.”

- 8.5. In lid 1 van de preambule van de Vergoedingenlijst van de ziektekostenverzekering is verder, voor zover hier van belang, bepaald:

“1 [De ziektekostenverzekeraar] heeft het recht u voor zorg te laten terugkeren naar Nederland:

- als u zorg nodig heeft waarvoor u moet worden opgenomen in een ziekenhuis;*
- die zorg niet spoedeisend is;*
- u medisch gezien in staat bent om te reizen;*
- u gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, zorg van een vergelijkbare kwaliteit als die in het land waar u verblijft, in Nederland kunt krijgen; en*
- de kosten van die zorg in Nederland substantieel lager zijn. (...)”*

6 Als lid 1 van dit artikel van toepassing is en u kiest ervoor de zorg te ontvangen in het land waar u verblijft, vergoed[t] [de ziektekostenverzekeraar] voor die zorg maximaal het Nederlands tarief, of als er geen Nederlands tarief is, het bedrag dat in Nederland marktconform is.”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op lid 1 van de preambule van de Vergoedingenlijst van de ziektekostenverzekering, heeft de ziektekostenverzekeraar het recht de verzekerde voor zorg te laten terugkeren naar Nederland indien die zorg niet spoedeisend is. Hiervoor is, gelet op de begripsomschrijving in artikel 1 van de ziektekostenverzekering, noodzakelijk dat

sprake is van een onvoorziene situatie die onmiddellijke geneeskundige verzorging noodzakelijk maakt en die niet kan worden uitgesteld tot terugkomst in het woonland.

- 9.2. Uit de stukken blijkt dat in het geval van verzoeker enkele dagen kon worden gewacht met de ingreep, zodat niet kan worden gesproken van een noodzaak tot *onmiddellijke* geneeskundige verzorging, en daarmee niet van spoedeisende medische zorg als bedoeld in de voorwaarden van de ziektekostenverzekering.
- 9.3. Verder is in dit verband van belang dat verzoeker de toestemming van de Alarmcentrale niet heeft afgewacht. Hierdoor is niet komen vast te staan dat verzoeker niet in staat was naar Nederland (of zijn woonland) terug te keren om daar de zorg te ontvangen. Ook is de ziektekostenverzekeraar hierdoor de mogelijkheid ontnomen in Turkije te zoeken naar een eventueel goedkoper alternatief.
Dat verzoeker op 7 februari 2011 door de Alarmcentrale is gezegd dat als hij niets zou horen, hij mocht aannemen dat het in orde was, is door verzoeker in de procedure niet dan wel onvoldoende aannemelijk gemaakt, zodat het bestaan van een impliciet verleende toestemming niet kan worden aangenomen.
- 9.4. Om deze redenen is lid 6 van de preambule van de Vergoedingenlijst van de ziektekostenverzekering – waar het gaat om de hoogte van de vergoeding – van toepassing en heeft verzoeker aanspraak op maximaal het Nederlandse tarief respectievelijk het tarief dat in Nederland marktconform is.
- 9.5. Ter vaststelling van het Nederlandse tarief is de ziektekostenverzekeraar – gelet op de verklaring van de medisch adviseur van 20 augustus 2012 – uitgegaan van de DBC-code 05.11.00.1370.0223. Dit betreft een code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. De DBC-code heeft als omschrijving “*Reguliere zorg // Spondylolysis/listhesis / Operatief met klinische episode(n) met gewrichtsprothese*” en een bijbehorend tarief van € 12.056,51. De medisch adviseur heeft in zijn verklaring toegelicht dat de DBC-code 05.11.00.1370.0213 met een tarief van € 7.236,04 passender was geweest. De medisch adviseur merkt echter tevens op dat ook de DBC-code 08.11.00.1370.0223 gehanteerd had mogen worden. Dit betreft een DBC-code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar is overeengekomen voor deze code is € 18.690,43. Aangezien binnen de organisatie van de ziektekostenverzekeraar onduidelijkheid lijkt te bestaan over de te hanteren DBC-code in het kader van de uitvoering van lid 6 van de preambule van de Vergoedingenlijst van de zorgverzekering en een verzekerde naar het oordeel van de commissie geen nadeel mag ondervinden van een zodanige onduidelijkheid, dient het hoogste tarief als uitgangspunt voor de berekening van de vergoeding te worden genomen, dat wil zeggen € 18.690,43.
- 9.6. Door verzoeker is betoogd dat een ingreep op verschillende niveaus is uitgevoerd, hetgeen volgens hem zou moeten leiden tot een hogere vergoeding. Binnen de Nederlandse systematiek bestaat de mogelijkheid van het openen van een parallelle DBC indien sprake is van een aparte zorgvraag en de medisch specialist ten minste 40 percent meer inspanning moet leveren. Dit is bij verzoeker echter niet aan de orde. Eventuele complicaties worden geacht begrepen te zijn in het DBC-tarief. Verzoeker heeft derhalve enkel recht op een nabetaling van € 6.633,92 (€ 18.690,43 – € 12.056,51).

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.6. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, acht de commissie termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten verzoeker het entreegeld van € 37,-- te vergoeden.
- 10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.6. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker dient te vergoeden.

Zeist, 6 februari 2013,

Voorzitter