

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, in dezen vertegenwoordigd door B te E, tegen C te D
Zaak : EU-EER, Geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.00047
Zittingsdatum : 9 september 2009

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzekerde, in dezen vertegenwoordigd door B te E, hierna te noemen: verzoekers,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekers komen op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 8 september 2008 de kosten van geneeskundige behandelingen met opname, door verzekerde ondergaan in Benidorm (Spanje) gedeeltelijk te vergoeden, zodat een bedrag van € 2.397,63 voor rekening van verzoekers blijft.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam concern] Zorg Buitenland polis (hierna: de ziektekostenverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzekerde is op 22 augustus 2007 opgenomen in het ziekenhuis in Benidorm wegens een verlaagd bewustzijn ten gevolge van een urineweginfectie. Op 7 september 2007 kreeg verzekerde een herseninfarct. Op 19 september 2007 is zij overleden aan een hartstilstand. De behandelend arts in het ziekenhuis heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten gepaard gaande met de opname en behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten deels vergoed, waarop hij aan verzoekers berichtte dat door hen nog een bedrag van € 11.475,-- diende te worden betaald aan de ziektekostenverzekeraar. Na uitvoerige correspondentie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 8 september 2008 aan verzoekers medegedeeld dat door hen te betalen bedrag wordt verlaagd tot € 2.397,63.
- 3.3. Verzoekers hebben aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 25 mei 2009 hebben verzoekers de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het bedrag van € 2.397,63 kwijt te schelden (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekers het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekers aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 7 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 juli 2009 aan verzoekers gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers hebben op 25 juli 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 september 2009 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekers

- 4.1. Verzoekers stellen, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzekerde na de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel bij de ziektekostenverzekeraar de ziektekostenverzekering heeft afgesloten. Anders dan in Nederland wonende verzekerden, kreeg verzekerde daarbij geen aanbod op maat. Verzekerde verkeerde in de veronderstelling dat met de gekozen verzekering zonder aanvullende optie, maar ook zonder eigen risico, de bestaande dekking feitelijk gecontinueerd werd. Omdat zij niet geheel zeker was van de voorwaarden van de aanvullende verzekering, heeft zij op het aanmeldingsformulier een vraagteken bij deze optie geplaatst. De ziektekostenverzekeraar heeft echter nagelaten hierop te reageren, terwijl men moest weten dat het voor verzekerde een enorm financieel risico opleverde wanneer geen aanvullende verzekering werd afgesloten.
- 4.2. Nadat diverse medische kosten waren gemaakt in Benidorm, en verzekerde inmiddels was overleden, kregen verzoekers een brief van de ziektekostenverzekeraar met het verzoek een bedrag van circa € 11.475,-- over te maken. Na uitvoerige correspondentie heeft de ziektekostenverzekeraar het te vorderen bedrag verlaagd naar € 2.397,63. Onduidelijk is waaruit dit bedrag is opgebouwd. Wel is duidelijk dat wanneer verzekerde een aanvullende verzekering had afgesloten, deze kosten volledig zouden zijn gedekt.
- 4.3. Ter zitting hebben verzoekers hun standpunt herhaald. Daarbij hebben zij benadrukt dat het moet opvallen als iemand geen eigen risico neemt, maar nalaat een aanvullende verzekering af te sluiten. Verzoekers verwijzen vervolgens naar de 'Guarantee of payment' van 23 augustus 2007, waarin wordt medegedeeld dat alle kosten aan het ziekenhuis zullen worden betaald. Daaraan verbinden zij de conclusie dat alle kosten dienen te worden vergoed.
- 4.4. Verzoekers komen tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat van de rekening van € 19.686,06 een bedrag van € 17.288,43 is vergoed, waardoor nog een bedrag van € 2.397,63 voor verzoekers resteert. Bij de berekening is gebruik gemaakt van DBC-codes 13.11.00.0421.1103 (urinewegsinfectie) ad € 8.907,98, 30.11.00.1111.0122 (onbloedige beroerte polikliniek tevens dagopname) ad € 988,94 en 13.11.00.0222.1103 (DM meerdaagse opname (B-segment)) ad € 6.758,01. Voorts is coulancehalve drie maal € 114,50 voor zuurstof, drie maal € 35,-- voor honorarium specialist en een bedrag van € 185,-- opnametoeslag vergoed. Dit komt in totaal op € 633,50. Daarbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de bedragen die aan de eerste twee DBC-codes gekoppeld zijn, gebaseerd zijn op de tarieven die gelden voor academische ziekenhuizen, terwijl het ziekenhuis in Benidorm dit niet is. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar gedaan om verzekerde te bevorderen.
- 5.2. Met betrekking tot de aanvraag voor de verzekering merkt de ziektekostenverzekeraar op dat inderdaad een vraagteken was vermeld bij de aanvullende verzekering. Of verzekerde al dan niet op de hoogte was van de inhoud van de pakketten kan de ziektekostenverzekeraar niet beoordelen. Zulks is de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden. Omdat verzekerde al vanaf 1996 niet voor een aanvullende verzekering had gekozen, is door de ziektekostenverzekeraar geen actie ondernomen.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzekerden bij de aanmelding voor de ziektekostenverzekering, met of zonder aanvullende optie, niet worden gescreend op grond van gezondheid. Zou dat wel het geval zijn, dan had het vraagteken op het formulier wellicht tot vragen geleid. Over de 'Guarantee of payment' merkt de ziektekostenverzekeraar op dat dit stuk geen betrekking heeft op de dekking van de ziektekostenverzekering, maar op de wijze van betaling, in dit geval direct aan het ziekenhuis.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat een bedrag van € 2.397,63 voor rekening van verzoekers dient te blijven.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de ziektekostenverzekering, is de commissie blijkens de polisvoorwaarden bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Uit het overgelegde invulschema blijkt dat verzekerde zeer waarschijnlijk als verdragsrechthebbende kan worden aangemerkt. Voor zover bekend heeft zij zich evenwel niet aangemeld bij het CVZ en heeft ook geen inschrijving plaats gevonden bij het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering in haar woonland. Om die reden zal de commissie geen aandacht besteden aan haar eventuele verdragsaanspraken, zeker nu daarop ook door verzoekers geen beroep is gedaan. Om die reden beperkt de commissie zich dan ook tot de vraag of het door de ziektekostenverzekeraar berekende resterende bedrag van € 2.397,63 voor rekening van verzoekers dient te blijven. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de ziektekostenverzekering

- 7.2. Het betreft hier een buitenlandpolis, waarbij de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in artikel 3 van de ziektekostenverzekering.

Artikel 3.1 lid 2 van de ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“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 horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)”

Artikel 3.1 lid 3 van de ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op verblijf. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Verblijf omvat vergoeding van de kosten voor verblijf in verband met medisch noodzakelijke zorg als bedoeld in artikel 3.1 lid 2 op basis van de laagste klasse, gedurende het etmaal tot ten hoogste een periode van 365 dagen, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Verblijf dient plaats te vinden in een ziekenhuis, revalidatieinstelling of na schriftelijke toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] een door [de ziektekostenverzekeraar] nader aan te wijzen instelling.”

In artikel 2.3 lid 2 is bepaald dat de vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten gelijk is aan het tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien de ziektekostenverzekeraar geen tarief is overeengekomen, is de vergoeding gelijk aan het WTG-tarief, indien op grond van het WTG geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door de NZa is goedgekeurd of vastgesteld. Indien de ziektekostenverzekeraar geen tarief is overeengekomen en geen WTG-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.

- 7.3. In Nederland worden de tarieven voor de zorg bepaald door de daarbij behorende DBC-code. Het DBC-tarief is wettelijk vastgesteld (A-segment), dan wel tot stand gekomen door onderhandelingen van de ziektekostenverzekeraar met het ziekenhuis (B-segment). Uit de stukken blijkt dat verzekerde een urineweginfectie heeft gehad, en vervolgens een beroerte, en dat zij hiervoor meerdere dagen opgenomen is geweest in een ziekenhuis. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-codes met de bijbehorende bedragen komen de commissie onder de gegeven omstandigheden niet onjuist voor. De verleende vergoeding is dan ook conform de verzekeringsvoorwaarden, en gaat zelfs iets verder dan waarop strikt genomen aanspraak bestaat.
- 7.4. In de procedure is naar voren gekomen dat indien verzekerde had gekozen voor de aanvullende dekking, ook de resterende kosten ad € 2.397,63 zouden zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De vraag is derhalve of de ziektekostenverzekeraar contact had moeten opnemen met verzekerde omtrent de betekenis van het door haar geplaatste vraagteken op het aanvraagformulier voor de (aanvullende) ziektekostenverzekering. Daarover merkt de commissie het volgende op. Het ligt op de weg van verzekerde bij het sluiten van een verzekering navraag te doen naar de voor-

waarden. Het enkel plaatsen van een vraagteken legt de ziektekostenverzekeraar niet de verplichting op hierover contact te zoeken met degene die de verzekering aanvraagt. Dit geldt temeer in een geval als het onderhavige waarin de verzekerde tot dan toe reeds geruime tijd geen aanvullend pakket had afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar had daarom niet uit het vraagteken hoeven opmaken dat de aanvullende verzekering met ingang van 1 januari 2006 wel gewenst was. Bovendien heeft verzekerde, zoals de ziektekostenverzekeraar naar het oordeel van de commissie terecht stelt, elf jaar lang de premie voor de aanvullende verzekering uitgespaard. Het zou ook in dat kader onredelijk zijn van de ziektekostenverzekeraar te verlangen dat hij het bedrag van € 2.397,63 kwijt scheldt.

Conclusie

- 7.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 september 2009,

Voorzitter