

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Thailand, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2011.01291
Zittingsdatum : 9 november 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk 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 verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd 1 is niet in geschil en blijft om die reden onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van medisch specialistische zorg, waaronder chemotherapie en radiotherapie, uitgevoerd in Thailand (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 12 juli 2011 medegedeeld geen ruimte voor bemiddeling te zien.
- 3.4. Bij brieven van 13 juli 2011 en 22 juli 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 september 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 26 september 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 4 oktober 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011099741) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de juiste DBC-code voor onder meer chemotherapie en radiotherapie is toegepast door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker komt niet in aanmerking voor een hogere vergoeding van de onderhavige medische kosten in Thailand dan het bij de toegepaste DBC-code behorend bedrag. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 19 oktober 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 november 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 10 november 2011 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 15 november 2011 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 hij in de periode van maart 2011 tot juli 2011 meermalen in een ziekenhuis in Thailand is opgenomen in verband met longkanker, bronchiale obstructie, COPD, hartproblemen en trombose in zijn linkerbeen. Zijn behandelend arts heeft onder meer verklaard dat sprake was van ernstige ademhalingsproblemen, en dat verzoeker bijna een hartinfarct heeft gehad. Hiertoe is hij geïntubeerd, werd hij beademend en is een bronchoscopie uitgevoerd. Voorts heeft verzoeker bestralingen en chemotherapie ondergaan.
- 4.2. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar de rekeningen van het ziekenhuis in Thailand ten onrechte niet volledig heeft vergoed. Hierdoor is hij in financiële problemen geraakt. Hij dient nog meer bestralingen te ondergaan, maar deze kan hij niet

zelf bekostigen. Indien hij de behandelingen niet ondergaat, zal hij overlijden ten gevolge van longkanker. Tot slot stelt verzoeker radeloos te zijn. De gehele kwestie valt hem tegen van de ziektekostenverzekeraar.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het gaat om de kosten van de opname. Hij is tweemaal gereanimeerd. Bovendien heeft hij ook COPD en is hij hartpatiënt. De behandelend arts in Thailand vond het daarom onverantwoord om hem naar huis te laten gaan. De ziektekostenverzekeraar spreekt enkel over de kosten van de chemotherapie en de radiotherapie. De kosten van de opname zijn niet vergoed, waardoor hij nu een schuld heeft van ongeveer € 6.000,--. Het komt hem onjuist voor dat in Nederland een opname plaatsvindt tegen hetzelfde tarief als wanneer de behandeling poliklinisch plaatsvindt. In Nederland zou alles volledig worden vergoed. Voorts voert verzoeker aan dat het ziekenhuis waar de chemotherapie en radiotherapie is gegeven, duurder is dan andere ziekenhuizen. Hij kan echter niet naar een ander ziekenhuis. Tot slot stelt verzoeker dat hij vermoedt dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering wil beëindigen.

- 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 verzoeker zelf verantwoordelijk is voor zijn situatie, aangezien hij ervoor heeft gekozen in Thailand te verblijven. Hierdoor is het risico ontstaan dat hij bij ziekte gebruik dient te maken van lokale ziekenhuizen. Verzoeker heeft een naturapolis, en gaat naar een niet-gecontracteerd ziekenhuis ter plaatse. Hij dient de rekeningen ter zake van zijn behandelingen zelf te betalen aan het ziekenhuis. Daarna kan hij deze rekeningen declareren. De ziektekostenverzekeraar stelt dat pas na afloop van het behandeltraject de DBC-code wordt vastgesteld.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat de door verzoeker ingediende rekeningen worden vergoed tot maximaal 100% van het in Nederland geldende tarief, indien de behandelingen gebruikelijk, medisch noodzakelijk en doelmatig zijn. Vooralsnog is een DBC-code vastgesteld met een tarief van € 7.992,98. Deze wordt eventueel gewijzigd naar een DBC-code met een tarief van € 10.581,87, indien verzoeker rekeningen indient van chemotherapie.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de opname niet over het hoofd is gezien. Deze opname vond echter plaats in het kader van de chemotherapie en radiotherapie. De kosten hiervan worden vergoed vanuit dezelfde DBC. Hieronder vallen ook complicaties. De toegepaste DBC-code staat voor klinische zorg.
- 5.4. 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenver-

zekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“B24 Medisch specialistische zorg

(...)

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,*
- behandeling,*
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- laboratoriumonderzoek (...).”*

Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

“B9 Buitenland

(...)

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (...).”*

- 8.3. De artikelen B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

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

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Niet in geschil is dat de genoten zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker ten tijde van de behandelingen daarvoor een indicatie had. Enkel de hoogte van de toegekende vergoeding houdt partijen verdeeld.

9.2. Verzoeker heeft drie rekeningen gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Eén met een bedrag van 560.988,00 THB, één met een bedrag van 366.400,00 THB en één met een bedrag van 31.376,00 THB. Deze bedragen komen omgerekend neer op ongeveer € 13.000,--, € 8.500,-- en € 700,--. De zorgkosten betreffen onder andere bestralingen, chemotherapie en medicijnen. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat verzoeker recht heeft op vergoeding van deze kosten tot het maximum van het in Nederland geldende (marktconforme) tarief.

9.3. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de zorgverzekeraar uitgegaan van de DBC-code 03.22.11.00.1303.6083 met als omschrijving "Reguliere zorg // Tumoren NSCLC / Analyse + Chemotherapie + RT met klinische episode(n)" (Klinisch onderzoek of behandeling door longgeneeskunde). Het bijbehorend tarief voor deze DBC-code is € 10.581,87. Gelet op het advies van het CVZ van 4 oktober 2011 is de genoemde DBC-code onder de gegeven omstandigheden de meest passende. De commissie neemt het advies van het CVZ over en maakt de conclusie hiervan tot de haren.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de bespreking hiervan achterwege kan blijven.

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, 23 november 2011,

Voorzitter