



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Anderzorg N.V. te
Wageningen
Zaak : Dominicaanse Republiek, geneeskundige zorg, heup-, been- en
enkelbreuk, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201502262
Zittingsdatum : 21 juli 2016



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.13 Bzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen



Anderzorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatie in verband met een heup-, been- en enkelbreuk, ondergaan te Higüey, Dominicaanse Republiek (verder: de aanspraak). Bij brief van 5 juni 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 6.476,39.



3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 juli 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de vergoeding te verhogen naar € 8.098,98.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.



3.4. Bij brief van 1 maart 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 8.098,98 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).



3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.



3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 mei 2016 aan verzoekster gezonden.



- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 mei 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 31 mei 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 13 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij die gelegenheid heeft de commissie het Zorginstituut verzocht te onderzoeken of de juiste vergoeding is verleend, en in het advies met name in te gaan op de vraag of de operatie van enkel, bovenbeen en heup in één DBC horen die volgens de omschrijving ziet op een heupoperatie. Bij brief van 23 juni 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016060628) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproduct passend is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 juni 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruikgemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is op 18 januari 2015 met haar moeder afgereisd naar Punta Cuna, Dominicaanse Republiek, in verband met een negendaagse vakantie. Op 22 januari 2015 heeft zij, samen met een vriend, een ongeval gekregen met een scooter. Zij werd met een ambulance naar de Spoedeisende Eerste Hulp van een toeristenkliniek gebracht, waar haar werd verteld dat zij naar een ander ziekenhuis moest om onder andere röntgenfoto's te laten maken en een verdere behandeling te ondergaan. Omdat het ziekenhuis in Santo Domingo geen plaats meer had, werd verzoekster medegedeeld dat zij naar een kliniek in Higüey moest gaan. Uiteindelijk is zij in de vroege ochtend van 23 januari 2015 naar deze kliniek gebracht. Aldaar zijn haar verwondingen gehecht, en is geconstateerd dat het beenletsel een operatie vereiste. Het rechterbeen was op drie plaatsen gebroken, namelijk ter hoogte van de enkel, het bovenbeen en de heup. Verzoekster heeft de operatie ondergaan, en de kosten hiervan bedragen 200.000 Dominicaanse Peso, hetgeen omgerekend € 27.327,64 is.
- 4.2. De vader van verzoekster heeft contact gehad met de ANWB Alarmcentrale. Door de Alarmcentrale is in eerste instantie de inschatting gemaakt dat de kosten ongeveer € 6.000,-- à € 7.000,-- zouden bedragen. Later heeft men dit bedrag bijgesteld naar ongeveer € 15.000,--, met de mededeling dat inmiddels duidelijk was dat het niet ging om een simpele beenbreuk. De vader van verzoekster is hierbij erop gewezen dat - gezien het feit dat verzoekster geen aanvullende verzekering had afgesloten en geen medische dekking op de reisverzekering had geactiveerd - een grote kans zou bestaan dat het in rekening gebrachte bedrag hoger ligt dan het maximale Nederlandse tarief. De vader van verzoekster heeft de medewerker van de Alarmcentrale hierop medegedeeld dat verzoekster bereid is het meerdere te betalen, mits het Nederlandse tarief op een correcte wijze wordt vastgesteld.
- 4.3. De zorgverzekeraar is evenwel onzorgvuldig geweest bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding. De vergoeding werd in eerste instantie vastgesteld op € 6.476,39. Telefonisch werd medegedeeld dat de vergoeding na heroverweging werd verhoogd naar € 8.898,98. In de bevestigingsbrief van 10 juli 2015 werd een tarief genoemd van € 8.098,98, dat uiteindelijk is vergoed. Na de heroverweging volgde ineens een nabetaling van € 29,38 met betrekking tot een reeds ingediende nota. Hierop is door de zorgverzekeraar geen toelichting gegeven. Door de zorgverzekeraar wordt uitgegaan van één DBC-zorgproduct. Uit navraag bij de behandelend chirurg in Nederland bleek dat drie DBC-codes hadden moeten worden geopend, namelijk voor de enkel, het bovenbeen en de heup. Bovendien zou de vergoeding in Nederland volgens het ziekenhuis ongeveer € 15.000,-- moeten bedragen. Tot slot geldt dat - anders dan de zorgverzekeraar stelt - door verzoekster een nota is ingediend met betrekking tot het ambulancevervoer, en dat deze gedeeltelijk is vergoed. De zorgverzekeraar heeft niet gemotiveerd waarom geen volledige vergoeding van deze nota mogelijk is.

 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. Bij spoedeisende zorg in het buitenland dekt de zorgverzekering de kosten tot maximaal het tarief dat de zorg in Nederland zou hebben gekost. Aangezien vooraf niet bekend was hoeveel de totale kosten zouden bedragen, en geen sprake was van een aanvullende dekking, kon de Alarmcentrale geen garantie afgeven aan het ziekenhuis voor de totale kosten. De nota is achteraf bij de zorgverzekeraar gedeclareerd, en de hoogte van de vergoeding is vastgesteld door de adviserend geneeskundige van de zorgverzekeraar. Deze is bij uitstek deskundig om te beoordelen of de vergoeding die wordt toegekend passend is voor de zorg die is genoten.

 5.2. Met ingang van 1 januari 2012 wordt medisch-specialistische zorg in Nederland gedeclareerd door middel van een DBC-zorgproduct. Hierin zijn alle zorgactiviteiten begrepen die horen bij een bepaalde diagnose en behandeling. Ook voor zorg die in het buitenland heeft plaatsgevonden, zal een DBC-zorgproduct moeten worden vastgesteld. Dit vindt plaats aan de hand van de ingediende nota's en het behandelverslag van de arts.
Verzoekster had een aantal fracturen, en er hebben verschillende wondbehandelingen plaatsgevonden. Ook zijn er diverse radiologische onderzoeken geweest. Verder is een consult opgevoerd van een internist. Er zijn geen specialisten bij de behandeling betrokken geweest die een eigen zorgtraject mochten starten. Dit draagt niet bij tot afleiding van een ander zorgproduct. Ook heeft geen opname op de Intensive Care plaatsgehad, hetgeen anders had geleid tot een hogere vergoeding. Aan de hand van deze feiten is de adviserend geneeskundige gekomen tot vaststelling van het DBC-zorgproduct 199299054. Hiervoor was destijds een tarief vastgesteld van € 6.476,39. Dit betrof op dat moment nog het tarief van 2014, aangezien de tarieven voor de zorgproducten van 2015 toen nog niet bekend waren. Voor 2015 is het toepasselijke tarief € 8.098,98. Het verschil van € 1.622,59 is aan verzoekster nabetaald.

 5.3. De zorgverzekering kent een vergoeding voor ambulancevervoer. Verzoekster heeft echter geen nota's ingediend die zien op dit vervoer, zodat dienaangaande geen kosten zijn vergoed. Wel heeft verzoekster nota's ingediend met betrekking tot taxivervoer. Deze kosten vallen evenwel niet onder de dekking van de zorgverzekering. Als verzoekster over gespecificeerde nota's beschikt van het ambulancevervoer, kan zij deze bij de zorgverzekeraar indienen, en zullen deze conform de voorwaarden van de zorgverzekering worden vergoed.

 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering 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 zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 8.098,98 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op:

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*
- *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen, laboratoriumonderzoek, mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. (...)*

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist (...)"

8.4. In de voorwaarden van de zorgverzekering is voorts bepaald wanneer aanspraak bestaat op ambulancevervoer. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op:

- *vervoer naar een zorgaanbieder of instelling om zorg te krijgen. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de Basisverzekering,*
- *vervoer naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ of Wlz zal gaan verblijven,*
- *vervoer vanuit een AWBZ- of Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de AWBZ of Wlz,*
- *vervoer vanuit een AWBZ- of Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten, passen en repareren van een prothese, die geheel of gedeeltelijk verzekerd is in de AWBZ of Wlz,*
- *vervoer naar uw woning of, als u daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als u komt van een van de zorgaanbieders of instellingen als hierboven bedoeld.*

U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance (bijvoorbeeld een helikopter) als vervoer per ambulance niet mogelijk is. (...)

Let op

- *Het recht op ambulancevervoer is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis. (...)"*

8.5. In de voorwaarden van de zorgverzekering is verder bepaald wanneer aanspraak bestaat op zorg in het buitenland. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

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 Anderzorg gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde

zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Anderzorg nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op +31 317 455 555. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg. (...)"

- 8.6. De zorgverzekering is volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Ambulancevervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.13 Bzv.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen Nederland en de Dominicaanse Republiek bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
Niet in geschil is dat de aan verzoekster verleende zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat zij hiervoor een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding.
- 9.2. De zorgverzekeraar is ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van het DBC-zorgproduct 199299054, met als omschrijving: "Oper heup/bekken overig (zeer) zwaar | Met VPLD | Letsel overig (...) Uitgebreide operatie bekken en/of heup tijdens een ziekenhuisopname bij letsel". Het betreft een zorgproduct uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen tussen de zorgverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg door niet gecontracteerde zorgaanbieders', met als ingangsdatum 1 januari 2015, bedroeg het bijbehorende tarief € 6.074,24. Dit betreft 75% van het door de zorgverzekeraar gemiddeld gecontracteerde tarief.

Aangezien het ging om spoedeisende zorg heeft verzoekster aanspraak op het volledige gecontracteerde Nederlandse tarief. Dat tarief bedraagt € 8.098,98, en genoemd bedrag is door de zorgverzekeraar na heroverweging aan verzoekster vergoed.

- 9.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij niet alleen aan de heup is geopereerd, maar ook aan het bovenbeen en de enkel. Bovendien hebben eerder hechtingen plaatsgevonden van de wonden, die niet zijn meegenomen bij de bepaling van de vergoeding. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 23 juni 2016 is door de zorgverzekeraar uitgegaan van het juiste DBC-zorgproduct. In dit DBC-zorgproduct zijn alle behandelingen die verzoekster heeft ondergaan, begrepen. Aangezien sprake was van één zorgvraag en één hoofdbehandelaar, mogen in een vergelijkbare situatie in Nederland geen parallelle DBC-zorgproducten worden geopend. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering. De stelling dat in Nederland de vergoeding circa € 15.000,-- zou bedragen is door haar op geen enkele wijze onderbouwd en wordt om die reden gepasseerd. De DBC-systematiek wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, zoals in het geval van verzoekster, niet steeds het geval zal zijn, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

- 9.4. Met betrekking tot het ambulancevervoer geldt dat geen geschil bestaat aangaande de vraag of deze kosten voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat door verzoekster geen nota's met betrekking tot het vervoer zijn overgelegd, zodat deze niet kunnen worden beoordeeld en hierop geen vergoeding kan plaatsvinden. Door de zorgverzekeraar zijn wel nota's ontvangen die betrekking hadden op het taxivervoer van de moeder van verzoekster naar het ziekenhuis, naar de bank om geld te halen, en om kleding van het hotel naar het ziekenhuis te brengen. Deze kosten komen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Verzoekster heeft hiertegen ingebracht dat zij bij de zorgverzekeraar een nota heeft gedeclareerd van 'Hospiten Bavaro', met een bedrag van USD 1057,39, waarop een regel "Ambulancia (Hospiten), USD 290,--" is vermeld. Deze nota is behandeld en gedeeltelijk vergoed. Voor verzoekster is echter niet inzichtelijk hoe de vergoeding is opgebouwd. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat voor de kosten van het Hospiten Bavaro een bedrag is vergoed van € 406,62 en een nabetaling van € 29,38 in verband met het bekend worden van het tarief voor 2015, een en ander aan de hand van DBC-zorgproductcode 199299012. Gelet op het voorgaande is door de zorgverzekeraar de juiste vergoeding verleend, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

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, 21 juli 2016,

A.I.M. van Mierlo