

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E en F,
beide te G
Zaak : Turkije, coloscopie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2011.02015
Zittingsdatum : 15 augustus 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

1) E te G en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Comfort Plus en Tand Comfort afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een coloscopie, uitgevoerd in Istanbul (Turkije) (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 18 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 1.224,10,- wordt ingewilligd.

3.2. Verzoekster heeft de kwestie voorgelegd aan de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.3. Bij brief van 9 februari 2012 heeft verzoekster 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).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 mei 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Bij brief van 13 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar op verzoek van de commissie een aanvullende reactie gegeven. Afschriften van beide brieven zijn op 19 juni 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 juni 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld af te zien van de mogelijkheid tot horen.
- 3.7. Bij brief van 19 juni 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 juli 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012077434) 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 een DBC-code in de juiste DBC-productgroepcode is gekozen. Volgens het CVZ waren onderzoek en behandeling zonder risico uit te stellen tot terugkeer naar Nederland. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster is op 15 augustus 2012 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 17 augustus 2012 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. Bij brief van 28 augustus 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het advies te reageren, doch hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is vanwege een sterfgeval in de familie naar Turkije gereisd. Tijdens het verblijf voelde verzoekster zich erg ziek en kreeg zij een hoge bloeddruk. Ook kreeg zij anale bloedingen. Verzoekster is met spoed door verschillende specialisten in het ziekenhuis onderzocht.
- 4.2. De behandelend chirurg heeft een coloscopie uitgevoerd, en hierbij mogelijk kwaadaardige poliepen geconstateerd, die hij direct heeft verwijderd. Hierdoor zijn de ziektekostenverzekeraar de kosten van een ingreep in Nederland bespaard gebleven. De ziektekostenverzekeraar vergoedt slechts een deel van de kosten. Vanwege het spoedeisende karakter van de behandeling en de gerealiseerde besparing is de ziektekostenverzekeraar gehouden verzoekster het gehele bedrag te vergoeden, vermeerderd met de wettelijke rente.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat achteraf kan worden gesteld dat reizen mogelijk was, maar dat dit niet reëel is. Verzoekster was namelijk niet in staat dit te beoordelen dan wel in te grijpen toen tot behandeling werd besloten. Het was voor haar een verrassing dat zij van het ziekenhuis een rekening kreeg. In de optiek van de ziektekostenverzekeraar had de arts het onderzoek moeten uitvoeren en verzoekster naar Nederland moeten terugsturen met zijn bevindingen. Via de huisarts zou zij dan in een Nederlands ziekenhuis door een arts zijn behandeld.

Naar mag worden aangenomen zou dit niet alleen meer belastend zijn voor haar, maar ook veel duurder voor de ziektekostenverzekeraar zijn uitpakkt. Verzoekster wijst erop dat zij niet bekend was met de behandelcodes en de door de ziektekostenverzekeraar met het ziekenhuis gemaakte afspraken. Hoewel behandeling strikt genomen niet spoedeisend was en een en ander niet via de Alarmcentrale is gelopen, is wel degelijk contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster verwezen naar het ziekenhuis in Istanbul.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van de door haar ondergane ingreep tot maximaal het in Nederland van toepassing zijnde tarief. Spoedeisende zorg wordt volledig vergoed. Hiervan is bij verzoekster niet gebleken, omdat zij geen contact heeft opgenomen met de Alarmcentrale. Door het servicecentrum Turkije is na beoordeling toestemming gegeven voor de betreffende behandeling op basis van het maximale Nederlandse tarief. Dit bedrag is rechtstreeks aan het Turkse ziekenhuis betaald. De nota die verzoekster heeft ontvangen, betreft een eigen bijdrage. Tevoren was zij hiervan op de hoogte.

5.2. Met betrekking tot de gevoerde telefoongesprekken merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het eerste gesprek is gevoerd op 8 februari 2011. In dit gesprek heeft verzoekster gevraagd wat zij moest doen met de nota van het ziekenhuis. De medewerker heeft verzoekster geadviseerd deze nota op te sturen. Vervolgens heeft een aantal contacten plaatsgevonden over de stand van zaken met betrekking tot deze nota, en over het door verzoekster onvolledig ingevulde declaratieformulier. Op 13 mei 2011 heeft verzoekster naar aanleiding van de afwijzing van de nota contact gehad, waarbij haar is uitgelegd dat de nota een eigen bijdrage betreft.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 16 van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 2 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:
- “medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)”*
- 8.4. Artikel 14 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:
- “De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de algemene voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. (...)”*
- 8.5. Artikel 7 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:
- “De vergoeding van kosten vindt plaats op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, en voorts – tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief, danwel – indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.(...)”*
- 8.6. De artikelen 2, 7 en 14 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de 'algemene 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 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.
- 8.8. 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 ziektekostenverzekeraar niet vrij een dek-

king 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.

- 8.9. Artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving: spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studietoelagen of ander tijdelijk verblijf van maximaal 12 maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is.

Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan: hulp die redelijkerwijs niet was voorzien bij vertrek en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland (of woonland).

Belangrijk

Neem altijd als u naar het buitenland gaat uw klantenpas met het telefoonnummer van de [naam ziektekostenverzekeraar] Alarmcentrale mee: [telefoonnummer]

Vergoeding:

• geneeskundige kosten, in aanvulling van de vergoeding op basis van de hoofdverzekering of verdrag:

– volledig, werelddekking;

• tandheelkundige kosten: 75% tot maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten) mits er sprake is van acute pijnklachten;

• ziekenvervoer: volledig, voor medisch noodzakelijk ambulancevervoer binnen het land van verblijf;

• repatriëring: volledig, mits georganiseerd via bemiddeling door de [naam ziektekostenverzekeraar] Alarmcentrale, voor de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van zieke of gewonde verzekerde vanuit een instelling in het buitenland naar een instelling in Nederland alsmede de kosten van medisch noodzakelijke begeleiding;

• vervoer stoffelijk overschot: volledig, mits georganiseerd via bemiddeling door de [naam ziektekostenverzekeraar] Alarmcentrale;

• [naam ziektekostenverzekeraar] Alarmcentrale: volledig, voor het organiseren van hulpverlening door de [naam ziektekostenverzekeraar] Alarmcentrale, telefoonnummer (...).

Bijzonderheden:

• ziekenhuisopname wordt uitsluitend vergoed als [naam ziektekostenverzekeraar] via de [naam ziektekostenverzekeraar] Alarmcentrale of via de servicecentra van Marokko, Turkije en Suriname voor opname, binnen 24 uur na opname, of zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, goedkeuring heeft verleend. [Naam ziektekostenverzekeraar] kan ook besluiten tot repatriëring;

• de kosten verbonden aan opname in een ziekenhuis worden uitsluitend vergoed voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen;

• geneesmiddelen worden uitsluitend vergoed onder overlegging van het doktersvoorschrift;

• voor declaratie moet de verzekerde het volledig ingevulde declaratieformulier, samen met de originele nota's en bewijs van betaling indienen;

• vergoeding geschiedt in een wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoersen van munteenheden van EU/EER landen of Zwitserland vastgesteld door het College voor zorgverzekeringen. Voor zover er sprake is van een munteenheid van een verdragsland dan wel een niet-verdragsland, geldt de omrekenkoers op de dag waarop [naam ziektekostenverzekeraar] de desbetreffende vergoedingen uitkeert;

• [Naam ziektekostenverzekeraar] kan besluiten om kosten van behandeling in het buitenland te vergoeden. Voorwaarde hiervoor is dat de toestemming wordt gegeven voordat de behandeling plaatsvindt. [Naam ziektekostenverzekeraar] zal alleen toestemming geven, als er

sprake is van een uitzonderlijke situatie en behandeling in het buitenland naar het oordeel van [naam ziektekostenverzekeraar] medisch noodzakelijk is.

Het recht op vergoeding van ziektekosten bestaat uitsluitend als voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- het verblijf in het buitenland heeft niet uitsluitend of mede ten doel aldaar een opname of behandeling te ondergaan, en de hulpverlening houdt geen verband met wedstrijd sport;
- de hulpverlening heeft een spoedeisend karakter en kan niet worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland;
- als, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken. In geval van medische zorg bij een tijdelijk verblijf in een EU-/EER-land raden wij u aan de European Health Insurance Card (EHIC), ofwel de Europese ziekteverzekeringskaart, te gebruiken. Uw klantenpas is tevens uw European Health Insurance Card. Hierdoor hoeft u in het buitenland de nota niet voor te schieten en wordt deze door de buitenlandse zorgverlener direct verrekend met uw zorgverzekeraar in Nederland.”

- 8.10. Artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt:

“Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gelet op de standpunten van partijen en het definitieve advies van het CVZ van 28 augustus 2011 staat niet ter discussie dat bij verzoekster achteraf gezien geen sprake was van spoedeisende zorg. Om die reden blijft artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid buiten toepassing.
- 9.2. Op basis van artikel 14 van de ‘lijst van verstrekkingen’ van de zorgverzekering bestaat bij zorg in het buitenland aanspraak op maximaal het toepasselijk Nederlands tarief. Ter vaststelling van de hoogte van dit tarief is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 18.11.00.0203.0102 met als omschrijving: *“Reguliere zorg // bloedverlies tractus digestivus e.c.i. / reguliere behandeling met dagopname(n)”*. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief was ten tijde van de behandeling (februari 2011) € 1.224,10. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan het Turkse ziekenhuis voldaan. De gehanteerde DBC-code behoort tot de DBC-productgroepcode 1833201, die volgens het advies van het CVZ van 6 juli 2012 de juiste is. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Het onderzoek dat verzoekster heeft ondergaan, was niet zodanig spoedeisend dat dit niet kon worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland. Het feit dat de behande-

lend arts tijdens dit onderzoek heeft besloten tot verwijdering van de poliepen, maakt dit niet anders. Om die reden heeft verzoekster geen aanspraak op een aanvullende vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Bijzondere omstandigheden

- 9.4. Verzoekster heeft aangevoerd – en deze stelling is door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden – dat zij tijdig contact heeft opgenomen met een servicepunt van de ziektekostenverzekeraar, waarbij zij is verwezen naar het door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde ziekenhuis in Istanbul. De arts ter plaatse is – nadat verzoekster in een “roes” was gebracht – overgegaan tot een uitgebreid onderzoek en behandeling door middel van een coloscopie en gastroscopie. Verzoekster had hierop op dat moment geen invloed.
- De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar gesteld dat verzoekster voorafgaand aan de ingreep al is verteld dat kosten voor haar rekening zouden blijven, maar deze stelling heeft hij niet met bewijsstukken onderbouwd. Het dossier bevat enkel een brief van de behandelend arts waarin wordt medegedeeld dat (een deel van) de kosten niet is gedekt, doch deze dateert van na de ingreep.
- Gelet op het voorgaande acht de commissie termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten de door het – door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde – Turkse ziekenhuis bij verzoekster ingediende rekening te vergoeden.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 31 oktober 2012,

Voorzitter