

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, in haar hoedanigheid van erfgenaam van de
heer C te D, vertegenwoordigd door mevrouw mr. E te F, tegen G
en H, beide te I
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.01153
Zittingsdatum : 6 maart 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 13 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van erfgenaam van de heer C te D, hierna te noemen: erflater, vertegenwoordigd door mevrouw mr. E te F,

tegen

1) G te I en

2) H te I,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was erflater bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekering] Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van erflater bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Plus Amsterdam afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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. Erflater heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een in Istanbul (Turkije) ondergane behandeling in verband met kanker (hierna: de aanspraak). Het servicepunt ter plaatse heeft namens de ziektekostenverzekeraar aan erflater medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 10.776,65, wordt ingewilligd.
- 3.2. Erflater heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Erflater is op 8 april 2012 overleden.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 4 oktober 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).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 december 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 januari 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 januari 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 2 januari 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 januari 2013 (zaaknummer 2013001102) heeft het CVZ 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 de juiste DBC-code is gehanteerd. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 maart 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 7 maart 2013 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 29 maart 2013 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 verzoekster

- 4.1. Erflater werd eind 2011 plotseling ziek, en kreeg van de artsen te horen dat hij kanker had. De artsen konden niets meer voor hem doen en hij zou kalm zijn dood moeten afwachten. Erflater heeft samen met verzoekster gezocht naar een mogelijkheid langer in leven te kunnen blijven. Na een aantal telefonische gesprekken en het bestuderen van het medische dossier deelde een arts in Istanbul erflater mede dat hij zo snel mogelijk naar Turkije moest komen, zodat hij kon worden onderzocht en behandeld.
- 4.2. Erflater heeft diverse malen telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, waarbij hem werd gezegd dat er geen bezwaar was tegen een behandeling in Turkije, mits de behandeling bij één van de gecontracteerde zorgaanbieders zou plaatsvinden. Het servicepunt zou erflater bij aankomst in Turkije verder helpen. Erflater is afgereisd naar Turkije, en heeft contact gehad met het servicepunt. Hij werd echter van het kastje naar de muur gestuurd. In eerste instantie weigerde het

servicepunt toestemming te geven voor de ziekenhuisopname. Later werd hem medegedeeld dat alleen een deel van de opname en goedkope medicijnen worden vergoed.

- 4.3. Erflater heeft voor de opname een bedrag van circa € 16.000,-- betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft slechts € 10.776,65 vergoed.
- 4.4. Door de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar verkeerde erflater dagenlang in een onmenselijke, onzekere situatie. Hij moest op een bank in de hal van het Turkse ziekenhuis slapen en moest dagenlang zonder enige medische zorg heen en weer slingeren tussen het ziekenhuis en het servicepunt. Erflater was naar Turkije gegaan met het doel enigszins van zijn ziekte te kunnen herstellen, zijn levensduur te verlengen en de kwaliteit van zijn leven te verbeteren. Door toedoen van de ziektekostenverzekeraar is hiervan niets terecht gekomen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de medische zorg in Turkije voor loopt op die in Nederland. Door erflater is contact opgenomen met het servicepunt van de ziektekostenverzekeraar in Turkije. Hij heeft zijn situatie geschetst en toegelicht dat in Nederland geen verdere behandeling mogelijk was. Er werd ook geen bloedtransfusie meer gegeven. Tijdens dat gesprek is gezegd dat hij voor behandeling naar het Medical Park wilde. Dat kon en hij mocht in het ziekenhuis ook een operatie ondergaan. Omdat verzoekster het niet vertrouwdde, heeft zij de volgende dag zelf gebeld. Zij kreeg toen een identiek verhaal te horen. In het Medical Park werd erflater verteld dat hij tien dagen rust moest nemen. In die tijd zou hij sondevoeding krijgen en bloedtransfusies. De ziektekostenverzekeraar gaf echter geen toestemming voor opname, waardoor erflater dagenlang op de bank in de hal heeft moeten doorbrengen. Voor de operatie werd circa € 9.700,-- vergoed. Erflater zou zelf circa € 8.000,-- voor de voor- en nazorg moeten betalen. Erflater heeft na de ingreep nog twee maanden geleefd.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op 4, 14 en 15 november 2011 is er telefonisch contact geweest tussen erflater en de ziektekostenverzekeraar over een medische behandeling in Turkije. Er is alle keren verwezen naar het servicepunt.
- 5.2. Omdat geen sprake is geweest van spoedeisende zorg – erflater is naar Turkije gegaan om hier zorg te ontvangen – bestaat geen aanspraak op volledige vergoeding van de kosten. Door het servicepunt in Turkije is een DBC-code vastgesteld voor de behandeling, namelijk 03.11.00.0334.0203 met een bijbehorend tarief van € 10.776,65. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet hij, maar de behandelend arts beslist of iemand uitbehandeld is. Erflater had een naturopolis, en was daarom aangewezen op gecontracteerde zorg. Voor niet-gecontracteerde zorg geldt maximaal het marktconforme tarief. Vanuit de ziektekostenverzekeraar is steeds medegedeeld dat contact diende te worden onderhouden met het servicepunt. Het Medical Park is gecontracteerd voor diverse zorgvormen. Ook voor electieve zorg zijn afspraken gemaakt. Achteraf wordt gekeken welke DBC

moet worden toegepast. In het buitenland geschiedt het declareren anders. Er is gewaarschuwd dat hierdoor kosten voor eigen rekening zouden kunnen blijven.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. In artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoekster zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoekster hierop bij brief van 19 november 2012 gewezen. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 20 november 2012 bevestigd dat zij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in '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:

“Omschrijving: 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 zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene Voorwaarden van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. (...)”

- 8.5. Artikel 7 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“(...)De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- a het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
- b indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het gemiddelde of laagst door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde tarief. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden. (...)”*

- 8.6. De artikelen 2 en 14 van de ‘lijst van verstrekkingen’ van de zorgverzekering en 7 van de ‘algemene voorwaarden’ 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 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.

- 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 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.

- 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, studietoelinden 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).

(...)"

- 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. Aangezien erflater is afgereisd naar Turkije met het doel aldaar te worden behandeld, is niet voldaan aan artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid. Hierop kan slechts een beroep worden gedaan indien iemand bij tijdelijk verblijf onmiddellijke geneeskundige behandeling behoeft. Hoewel erflater ernstig ziek was, is de noodzaak tot behandeling niet opgekomen tijdens zijn verblijf in Turkije. De aanspraak dient derhalve te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de aan erflater in Turkije verleende zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat erflater hiervoor een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding juist is.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van de DBC-code 03.11.00.0334.0203, met als omschrijving: "(...) *Maligne neoplasma recto-sigmo overgang / operatief met klinische episode(n)*". Het betreft een code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief is € 10.776,65.
- 9.4. Door verzoekster is onweersproken gesteld dat het ziekenhuis heeft geweigerd erflater op te nemen, waardoor kosten zijn ontstaan die niet door de zorgverzekering zijn gedekt. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het ziekenhuis is gecontracteerd en dat vergoeding van kosten plaatsvindt op basis van het toepasselijke DBC-tarief. Welke zorg hiervoor zou moeten worden geleverd door het ziekenhuis heeft de ziektekostenverzekeraar echter niet duidelijk kunnen maken. De commissie acht het waarschijnlijk dat de voor- en nazorg, waarvan de kosten voor rekening van erflater zijn gekomen, in de Nederlandse situatie onder het DBC-tarief zouden zijn gevallen. Dit geeft voeding aan de suggestie van verzoekster dat het ziekenhuis een – financieel – belang had bij de weigering erflater op te nemen en opgenomen te houden. De ziektekostenverzekeraar heeft deze suggestie niet, althans niet voldoende ontkracht, hetgeen hij had kunnen doen door inzicht te geven in de reikwijdte van de met het ziekenhuis gemaakte afspraken. Daarnaast kan de ziektekostenverzekeraar worden tegengeworpen dat het servicepunt ter plaatse – bekend met de situatie van erflater – heeft nagelaten een en ander in goede banen te leiden, waarbij met name kan worden gedacht aan het aanspreken van het ziekenhuis op basis van de hiermee gemaakte afspraken. Aangezien het een noch het ander is gebeurd, concludeert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten

in de op hem rustende zorgplicht en dat hij is gehouden de hierdoor ontstane schade, bestaande uit de niet-vergoede medische kosten – door verzoekster aan te tonen door middel van originele nota's, voor zover nog niet overgelegd –, te vergoeden..

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt enkel dekking voor spoedeisende zorg in het buitenland. Zoals onder 9.1 is overwogen, was hiervan bij erflater geen sprake, zodat het verzoek ook niet ten laste van deze verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. 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 gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Zeist, 17 april 2013,

Voorzitter