



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C teD
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, knie-operatie, hoogte vergoeding, tarifiering
Zaaknummer : 201301237
Zittingsdatum : 19 maart 2014



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 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 13 lid 1 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)



1. Partijen



De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.



2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).



3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatie aan de knie, uitgevoerd te Belek, Turkije (verder: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 2 maart 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 1.463,88.



3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 april 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een vergoeding van in totaal € 1.895,26 te verlenen.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar heeft besloten de vergoeding te verhogen naar in totaal € 2.105,85 en een tarifieringsverzoek te doen bij het Turkse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering.



3.4. Bij brief van 24 oktober 2013 heeft verzoeker 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 € 2.105,85 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).





3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 januari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 januari 2014 aan verzoeker gezonden.





 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 januari 2014 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 28 januari 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

 3.8. Bij brief van 17 januari 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 februari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2014007335) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld in de onderhavige kwestie geen bevoegdheid te hebben tot adviseren. Om de commissie tegemoet te komen, is medegedeeld dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DOT zorgproductcode passend is. Een afschrift van het CVZ-advies is op 18 februari 2014 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.


 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


 4.1. Verzoeker is in Turkije ten val gekomen. Na consultatie van een arts werd eerst besloten een röntgenfoto te maken. Later werd besloten een CT-scan uit te voeren. De behandelend orthopedisch chirurg constateerde meervoudige schade en besloot tot direct ingrijpen. Er was haast geboden in verband met een verhoogde INR-waarde, die het gevolg was van coumarinegebruik bij een ongecontroleerde inwendige bloeding. Voor verzoeker werd een operatiekamer gereed gemaakt, alwaar een complexe ingreep aan de knie plaatsvond.


 4.2. De kosten van de ingreep bedragen € 8.027,61. De zorgverzekeraar heeft hiervan slechts € 2.105,85 vergoed. Verzoeker verwacht geen volledige vergoeding, maar vindt het hem toegekende bedrag wel erg laag. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft twee DOT-productcodes vergeleken, en is tot de conclusie gekomen dat het verschil in vergoeding tussen beide codes € 7.071,97 bedraagt. Hieruit blijkt dat de vergoeding die de zorgverzekeraar heeft verleend niet voldoende is om de kosten te dekken. Verder geldt dat in Nederland twee ligdagen gebruikelijk zijn, terwijl verzoeker drie dagen nodig had om te herstellen.

 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. De zorgverzekeraar heeft voor de vaststelling van de hoogte van de vergoeding DOT-zorgproductcode 131999199 gehanteerd met als omschrijving: *"zware knieoperatie bij een aandoening van botspierstelsel en bindweefsel"* met een bijbehorend tarief van € 2.105,85. Hierin zijn ook de verpleegdagen meegenomen. Bij zorgproductcodes met als omschrijving *"beschadiging van het kniegewricht"* wordt wel onderscheid gemaakt tussen een operatie met verpleegdagen en in dagbehandeling. Een zware operatie kan niet in dagbehandeling plaatsvinden. Daarom worden de verpleegdagen bij deze codes niet apart vermeld.

 5.2. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft voor de onderhavige zorgproductcode gekozen omdat uit zijn bevindingen bleek dat er knieproblemen waren na een trauma. Er was sprake van zwelling, bloed in de knie en een slotfenomeen. Er werd besloten tot een arthroscopie onder epidurale anesthesie. Daarbij werd onder meer gezien dat er een scheurtje zat in de meniscus. Dit leidde tot 'shaving' van het gewricht en het verwijderen van een deel van de meniscus.

 5.3. De operatie aan de knie was spoedeisend. De zorgverzekeraar heeft daarom een tarifieringsverzoek gedaan bij de Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü in Ankara. Over de afhandelingstermijn hiervan kan de zorgverzekeraar niets zeggen. Er zijn dossiers waarin na vijf jaar nog geen antwoord is ontvangen. De zorgverzekeraar is echter niet bereid in afwachting van de uitkomst van het tarifieringsverzoek op voorhand volledige vergoeding te verlenen voor de gemaakte kosten.

 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 16 van de 'algemene voorwaarden' 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 € 2.105,85 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*
- medisch specialistische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerd ziekenhuis heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerd ziekenhuis.

De door ons gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen. (...)"

8.4. Artikel 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Bij gebruik van zorg in een land dat geen EU/EER-staat of verdragsland is, heeft u naar keuze aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de [naam zorgverzekering] tot maximaal:

- wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*
- het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*

- wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)"


- 8.5. De artikelen 1 van de 'aanspraken' en 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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, waaronder opname in een ziekenhuis, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.7. 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 gereuleerde 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.
- 8.8. 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. De onderhavige kosten zijn gemaakt tijdens het verblijf in Turkije en hebben betrekking op een geneeskundige behandeling die onmiddellijk noodzakelijk was. Om die reden is artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid van toepassing. Aangezien de kosten van de behandeling door verzoeker zijn voldaan, is door de zorgverzekeraar besloten een tarifieringsverzoek te doen bij het Turkse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering. De uitkomst hiervan is nog niet bekend. Zodra een en ander is afgehandeld, dient de zorgverzekeraar het voor verzoeker meest gunstige tarief - dat wil zeggen het Turkse dan wel Nederlandse - aan hem te vergoeden. Wat betreft de termijn van afwikkeling van het tarifieringsverzoek, geldt dat het hier gaat om een taak van het Turkse uitvoeringsorgaan, waarover de zorgverzekeraar geen zeggenschap heeft. De ontstane vertraging kan de zorgverzekeraar dan ook niet worden tegengeworpen.
- 9.2. Voor zover het Nederlandse tarief aan de orde is, overweegt de commissie het volgende. De zorgverzekeraar is uitgegaan van DOT-zorgproductcode 131000199/15C743, met als omschrijving: "Oper knie zwaar / Botspijrstelsel ziekte/laat gev trauma". Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door afspraken tussen de zorgverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het bedrag dat de zorgverzekeraar voor 2013 is overeengekomen, is € 1.689,40. Omdat dit bedrag ten tijde van de ingreep echter nog niet bekend was, is de zorgverzekeraar uitgegaan van het tarief van 2012, zijnde € 2.105,85. De gehanteerde DOT-zorgproductcode komt de commissie - gelet op de bij verzoeker uitgevoerde ingreep en het advies van het CVZ van 17 februari 2014 - juist voor. De zorgverzekeraar stelt terecht dat in dit tarief ook de kosten van verpleegdagen zijn opgenomen. Hierbij wordt uitgegaan van een gemiddelde. Dat verzoeker een ligdag meer nodig heeft gehad dan gemiddeld, verandert derhalve niets aan het tarief. Aangezien het tarief van 2012 hoger is dan dat van 2013 wordt verzoeker hierdoor niet financieel benadeeld. De zorgverzekeraar mag het teveel betaalde bedrag in dit stadium van de procedure niet meer van verzoeker terugvorderen.

 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 maart 2014



Voorzitter

