

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Nieuw Zeeland, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.02485
Zittingsdata : 17 november 2010 en 30 maart 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 12 oktober 2009 de kosten verbonden aan een behandeling in Tauranga (Nieuw Zeeland) (hierna: de aanspraak) gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van NZ\$ 7.765,--, te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 15 juni 2010 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 (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 10 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 augustus 2010 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 20 augustus 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 september 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010106689) 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 toegepast. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 november 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. Tijdens deze zitting is afgesproken dat nog een schriftelijke ronde zou volgen en dat een nieuwe hoorzitting zou worden ingepland. Na de schriftelijke ronde is verzoeker op 13 april 2011 opnieuw in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft afgezien van de mogelijkheid tot horen.
- 3.10. Bij brief van 14 april 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. Bij brief van 19 april 2011 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 27 april 2011 op het advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat hij tijdens een verblijf in Nieuw Zeeland op 16 juni 2009 voor de eerste keer is opgenomen in het ziekenhuis in Tauranga. Hij heeft een nacht op het Emergency Department doorgebracht. Verzoeker had last van hevige pijn in het linkerbeen en aan zijn onderlichaam. Hij was niet in staat te lopen. De diastolische bloeddruk was op dat moment zeer hoog. In het ziekenhuis werden diverse onderzoeken uitgevoerd en zijn ook röntgenfoto's gemaakt. Verder kreeg hij een infuus en enkele injecties. Bij het ontslag op 17 juni 2009 kreeg verzoeker pijnstillers mee, met de mededeling zich weer te melden als de pijn niet zou afnemen.
- 4.2. Op 26 juni 2009 was een tweede opname onvermijdelijk. Verzoeker werd met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht, waar hij eerst op 2 juli 2009 is ontslagen.
- 4.3. Van het bedrag van NZ\$ 17.707,-- is door de ziektekostenverzekeraar slechts een bedrag van NZ\$ 7.765,-- vergoed, zodat voor rekening van verzoeker NZ\$ 9.942,-- resteert. Dit komt neer op een bedrag van € 4.900,--.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ alleen spreekt over een opname op 26 juni, terwijl het gaat om twee opnames. Verder heeft verzoeker opgemerkt dat ingezetenen van Nieuw-Zeeland geen kosten maken in het ziekenhuis, maar slechts een eigen bijdrage betalen.
- 4.5. 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 de hoogte van de vergoeding is vastgesteld aan de hand van de stukken in het medisch dossier. Daarbij zijn de DBC-codes 05.11.00.1099.0113 (spoedopname en consult orthopedie) met bijbehorende bedragen van € 3.439,-- en € 290,--, 03.13.00.0601.0101 (consult chirurgie) met bijbehorende bedragen van € 191,-- en € 73,80 en 06.11.98.0009.0111 (consult urologie) met bijbehorende bedragen van € 59,20 en € 113,15 gehanteerd.
- 5.2. Voor de omrekening van New Zealand Dollars naar Euro's wordt uitgegaan van de datum van de behandeling. Verzoeker heeft geen recht op vergoeding van een hoger bedrag dan reeds is uitbetaald, omdat hij ingevolge de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak heeft op maximaal 80 percent van het in Nederland geldende tarief.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanspraak terecht gedeeltelijk, te weten tot een bedrag van NZ\$ 7.765,--, is ingewilligd.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover 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.

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 B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft recht op:

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

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft gesloten met [de ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:

- zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 80% van het tarief wordt vergoed,
- zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement (...)."

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

"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 [de 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. (...)"

- 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een zorgverlener 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. Tussen partijen is niet in geschil dat de zorg die verzoeker in Nieuw Zeeland heeft ontvangen een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor een indicatie heeft. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding is in geschil.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar is bij de hoogte van de vergoeding uitgegaan van in Nederland gehanteerde DBC-tarieven, die aan de hand van het medisch dossier zijn vastgesteld. DBC-code 05.11.00.1099.0113 heeft als omschrijving: "Reguliere zorg // Geen orthopaedische afwijking aangetoond / Conservatief met klinische episode(n)" en een bijbehorend tarief van € 3.729,15. DBC-code 03.13.00.0601.0101 heeft als omschrijving: "Intercollegiaal consult // ICC / Conservatief poliklinisch" en een bijbehorend tarief van € 264,80. DBC-code 06.13.98.0009.0111 heeft als omschrijving: "Intercollegiaal consult / overige (zorgvraag) / ICC / conservatief poliklinisch" en een bijbehorend tarief van € 172,35. Alle codes behoren tot het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Deze codes komen de commissie – gelet op de bij verzoeker uitgevoerde onderzoeken en behandelingen – juist voor. De DBC-tarieven worden in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat zulks – gelijk bij verzoeker – niet steeds het geval zal zijn, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

- 9.3. Waar het gaat om de omrekenkoers, overweegt de commissie het volgende. Door de ziektekostenverzekeraar is een bedrag van NZ\$ 7.765,-- betaald. Het bedrag behorende bij de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-tarieven is in totaal € 4.166,15. Omdat verzoeker heeft gebruikgemaakt van een zorgverlener die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, heeft hij aanspraak op 80 percent van dat bedrag, namelijk € 3.332,92. Op 16 juni 2009 was dit bedrag omgerekend in New Zealand Dollars NZ\$ 7.268,86 en op 26 juni 2009 NZ\$ 7.264,02 (www.wisselkoersen.nl). Beide bedragen zijn lager dan hetgeen reeds aan verzoeker is uitgekeerd, zodat de ziektekostenverzekeraar meer heeft uitgekeerd dan waartoe hij ingevolge de zorgverzekering gehouden was. In deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar zal de commissie niet treden.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 mei 2011,

Voorzitter