

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, spoedeisend, buitenland
Zaaknummer : ANO07.154
Zittingsdatum : 18 juli 2007

Zaak: ANP07.154, geneeskundige zorg, spoedeisend, buitenland

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11, 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 28 september 2006 inzake de hoogte van de vergoeding voor de door haar in het buitenland ondergane spoedeisende zorg.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Basispakket, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 28 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat zij van de door haar ingediende declaratie van € 1.539,28, in verband met spoedeisende zorg in het buitenland, € 461,78 vergoed krijgt.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 23 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 26 februari 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de declaratie van € 1.539,28, in verband met spoedeisende zorg in het buitenland, volledig te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 4 april 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 11 juni 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Op 13 juni 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 14 juni 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 21 juni 2007 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 17 juli 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoek(st)er

- 4.1. Verzoekster is een 23-jarige vrouw. Zij is van 4 op 5 augustus 2006 opgenomen in een ziekenhuis in Palma de Mallorca (Spanje) in verband met spoedeisende zorg. Op 5 augustus 2006 is zij uit dit ziekenhuis ontslagen. Uit de Spaanstalige stukken, afkomstig van het ziekenhuis, blijkt dat verzoekster is opgenomen in verband met een schouderluxatie ten gevolge van een val.
- 4.2. Verzoekster geeft aan dat zij gevallen is als gevolg van een collaps. Om deze reden is zij ook een nacht opgenomen in het ziekenhuis in Spanje. Een onafhankelijke huisarts heeft, op verzoek van verzoekster, op 15 maart 2007 bij brief verklaard dat het gebruikelijk is om bij een collaps te worden opgenomen teneinde de oorzaak te achterhalen en de ernst van, alsook de kans op herhaling, te kunnen inschatten. Hoewel uit de onderzoeksgegevens van 4 augustus 2006 van het Spaanse ziekenhuis blijkt dat het hartritme geen abnormaliteiten vertoont, geeft verzoekster in haar brief van 11 december 2006 aan dat zij een vervolgtraject bij het Academisch Ziekenhuis in Maastricht is ingegaan, waaruit blijkt dat een en ander naar alle waarschijnlijkheid ligt in een hartafwijking.
Voorts geeft zij aan dat, in verband met de schouderluxatie, een pees voor 80% was afgescheurd.
- 4.3. Verzoekster heeft van het Spaanse ziekenhuis een rekening van € 1.539,28 ontvangen. De zorgverzekeraar vergoedt daarvan een bedrag van € 461,78. Verzoekster kan zich niet vinden in de hoogte van de vergoeding. Zij is het niet eens met de beslissing van de zorgverzekeraar om 'slechts' een poliklinische schouderrepositie te vergoeden, terwijl de klinische opname in verband met de collaps door de zorgverzekeraar genegeerd wordt. De nota en overige gegevens van het Spaanse ziekenhuis van augustus 2006 getuigen voldoende van de spoedindicatie en daarom is verzoekster van oordeel dat zij de nota van € 1.539,28 geheel vergoed dient te krijgen.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat zijn medisch adviseur aan de hand van de nota niet op kan maken wat de reden van de klinische opname is geweest. Het feit dat verzoekster weigert nadere informatie, bij voorkeur Engelstalig, op te vragen bemoeilijkt de zaak. Ook de brief van de onafhankelijke arts van 15 maart 2007 voegt in die zin niets toe, daar deze slechts een herhaling van de stelling van verzoekster is.
- 5.2. Voorts is door de zorgverzekeraar nagegaan welke DBC-code ziekenhuizen in Nederland bij dit soort behandelingen mogen declareren. Het betreft dan DBC-code 05.11.00.3202.0112 waarvoor een WTG-tarief van € 230,25 geldt. Vanwege een fout in de administratie heeft de zorgverzekeraar € 431,53 aan verzoekster uitgekeerd,

hetgeen haar een voordeel van € 231, 53 heeft opgeleverd. De zorgverzekeraar zal dit bedrag niet terugvorderen.

- 5.3. De zorgverzekeraar stelt dat verzekerden die in het buitenland spoedeisende zorg nodig hebben, contact kunnen opnemen met de Hulpdienst van de zorgverzekeraar. Zij krijgen dan een medewerker van de ANWB aan de telefoon, die bij de zorgverzekeraar nagaat hoe de verzekerde verzekerd is. Als blijkt dat de zorgverzekeraar de kosten vergoedt, geeft de ANWB een garantie af, zodat het ziekenhuis de kosten van de behandeling rechtstreeks bij de zorgverzekeraar kan declareren. In de situatie van verzoekster blijkt dat de ANWB geen duidelijke medische reden kan geven voor de nacht die in het ziekenhuis van 4 op 5 augustus 2006 is doorgebracht. Voorts heeft de ANWB de garantie geannuleerd omdat verzoekster geen aanvullende verzekering en evenmin een reisverzekering had afgesloten. Dit is door de ANWB aan verzoekster en het ziekenhuis medegedeeld.
- 5.4. De gegevens die thans in het dossier aanwezig zijn, zijn de basis geweest waarop de vergoeding, waar verzoekster recht op heeft, aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering is vastgesteld. Zolang verzoekster, waartoe zij bij brief van 19 januari 2007 is uitgenodigd, weigert aanvullende informatie omtrent de collaps, de diagnostiek en de eventuele behandeling over te leggen, bij voorkeur in de Engelse taal in verband met de begrijpelijkheid, kan niet worden overgegaan tot een hogere vergoeding.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Daarnaast staat het de verzekerde vrij gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorg, zij het dat het hierbij aan de zorgverzekeraar is de hoogte van de vergoeding vast te stellen.
Vergoeding voor spoedeisende zorg tijdens vakantie dan wel tijdelijk verblijf staat vermeld in artikel 9.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
Artikel 9.2.1 duidt aan wat onder spoedeisende zorg wordt verstaan en hoe de verze-

kerde dient te handelen. Dit artikel luidt:

“Spoedeisende zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. Voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de Hulpdienst van de zorgverzekeraar, telefoonnummer (...). De zorgverzekeraar adviseert de verzekerde om de Hulpdienst in te schakelen bij met name spoedeisende hulp waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.”

- 7.3. Voor de aanspraak op spoedeisende zorg bepaalt artikel 9.2.2, voor zover hier van belang, het volgende:

“De verzekerde die woonachtig is in Nederland (...) en die tijdelijk verblijft in ander EU- (...) land, dan het woonland van de verzekerde, heeft voor spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:
- *zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag, indien voor de verzekerde van toepassing;*
- *zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de zorgverzekeraar in dat land is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg--tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.”*

- 7.4. Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding wordt in artikel 12.4, voor zover hier relevant, bepaald:

“Indien de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2005, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders.

Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2005, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders:

- (...)
- *Medisch specialistische zorg (artikel 15 tot en met 21) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis;*
- (...)

De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie van de zorgverzekeraar. Dit reglement maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook de website.

De kosten worden vergoed indien de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele, krachtens wet vastgestelde eigen bijdrage in mindering gebracht.”

- 7.5. De regeling van de artikelen 9 en 12 is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.6. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 lid 1 bepaald dat een verzekerde in deze situatie eveneens gebruik mag maken van niet-gecontracteerde zorg. Het is dan aan de zorgverzekeraar om de hoogte van de vergoeding daarvan vast te stellen.
Waar het gaat om geneeskundige, spoedeisende zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in de artikelen 2.1, 2.2 en 2.4 van het Bzv.
- 7.7. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8. Uit de gegevens van de rekening – luxacion hombro derecho (luxatie rechterschouder) –, die betrekking heeft op de spoedeisende behandeling in de kliniek in Palma de Mallorca, valt uitsluitend op te maken dat verzoekster een behandeling heeft ondergaan in verband met een schouderluxatie. Uit deze rekening blijkt niet dat kosten in rekening zijn gebracht voor het verblijf van één nacht. Evenmin blijkt onomwonden uit de stukken, ook niet uit de overgelegde factuur met bijlagen, dat naast schouderluxatie tevens de diagnose is gesteld van een peesruptuur van 80% - zoals verzoekster heeft gesteld – en een (mogelijke) collaps die tot een klinische behandeling van de schouderluxatie in combinatie met analyse van een collaps, noodzaakte.
- 7.9. Daarbij merkt de commissie op dat hetgeen niet begrepen kan worden uit de Spaanstalige stukken voor rekening van verzoekster dient te blijven, nu zij, ondanks het uitdrukkelijke verzoek daartoe, niet tijdig bereid is gebleken een medische verklaring van de behandelend orthopedisch specialist aldaar, ter onderbouwing van haar stelling dat ook sprake is geweest van een collaps, op te vragen. In dat verband bezien kan naar het oordeel van de commissie aan de door verzoekster overgelegde verklaring van een Nederlandse huisarts (diens brief van 15 maart 2007), die geheel uitgaat van hem door verzoekster zelf gegeven inlichtingen over een collaps, geen zelfstandige en dus ook geen enkele toegevoegde betekenis worden toegekend.
- 7.10. De conclusie uit het bovenstaande kan naar het oordeel van de commissie geen andere zijn dan dat de ingediende nota van de kliniek in Palma de Mallorca uitsluitend steun biedt aan een gediagnosticeerd zijnde trauma van de schouder – in casu een schouderluxatie – welke op basis van de daarvoor geldende DBC-code tot maximaal het Nederlands Wtg-tarief conform artikel 9.2 en 12.4 van de zorgverzekering door de zorgverzekeraar € 230,25 behoort te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Nu de zorgverzekeraar heeft gemeend een bedrag van € 461,78 te moeten vergoeden, zal de commissie daar niet in treden.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 augustus 2007

Voorzitter