

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : Costa Rica, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.01279
Zittingsdatum : 19 januari 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een geneeskundige behandeling, ondergaan te San José (Costa Rica) (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 7 september 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 23.913,15, wordt ingewilligd.
- 3.2. Verzoekster was het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 december 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 17 september 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 november 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 november 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 november 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft medegedeeld af te zien van de mogelijkheid tot horen.
- 3.8. Bij brief van 15 november 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 29 november 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010136031) 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 zorgverzekeraar 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. Verzoekster is op 19 januari 2011 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 20 januari 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. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 25 januari 2011 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. Verzoekster stelt dat zij op 22 januari 2009 is vertrokken naar Costa Rica, waar zij tot 13 april 2009 zou verblijven. Op 27 maart 2009 kreeg zij ernstige hoofdpijn met krampen in de nek en schouders. Verzoekster is met een ambulance naar Cruz Roja te Atenas gebracht, en vervolgens doorgestuurd naar het staatsziekenhuis in Alajuela. Hier kreeg zij medicijnen en werd zij ontslagen. De klachten namen echter toe, waarop verzoekster op 29 maart 2009 opnieuw de eerste hulp heeft bezocht. Men heeft verzoekster in een ambulance naar San José gebracht, waar op een CT-scan een hersenbloeding werd geconstateerd. Na onderzoek bleek dit te zijn veroorzaakt door een aneurysma. Een operatie was noodzakelijk. Terugkeer naar Nederland was niet verantwoord.
- 4.2. Van de totaal gemaakte kosten ter hoogte van € 56.202,95 is door de zorgverzekeraar slechts € 23.913,15 vergoed, zodat een bedrag van € 32.289,80 resteert. Verzoekster is van mening dat de berekening aan de hand van DBC's onredelijk is, mede omdat met het ziekenhuis in Costa Rica door de zorgverzekeraar geen prijsafspraken zijn gemaakt. Bovendien betwijfelt verzoekster of de juiste DBC-code is gehanteerd.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat door de zorgverzekeraar met de arts in Costa Rica geen afspraken zijn gemaakt en geen tarieven zijn overeengekomen. Daarom moet worden gekeken naar het in Nederland geldende marktconforme bedrag, en niet naar de DBC-tarieven. Indien wel een DBC-tarief van toepassing is, wist verzoekster daar niets van. Had zij dit geweten, dan had zij een aanvullende verzekering of een reisverzekering afgesloten. Zij heeft steeds bij de zorg-

verzekeraar geïnformeerd naar de vergoeding. Over de gekozen DBC-code merkt verzoekster op dat deze uitgaat van een opnametijd van tien dagen. Verzoekster is echter 26 dagen opgenomen geweest. Bij zorg in het buitenland kan niet worden uitgegaan van de gemiddelden die in Nederland gelden.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt dat vergoeding plaatsvindt conform het maximaal in Nederland van toepassing zijnde tarief. Ter vaststelling van dit tarief is de DBC-code 08.11.00.1210.0023 gehanteerd, met de omschrijving: “operatieve behandeling complex aneurysma en/of multipole aneurysmata”. Deze code is gelet op de bij verzoekster uitgevoerde operatie juist.

5.2. Het vaststellen van het tarief met behulp van de DBC-systematiek is geregeld in de polisvoorwaarden. Door het afsluiten van de verzekering heeft verzoekster zich akkoord verklaard met deze voorwaarden, zodat de berekening op deze wijze redelijk is.

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

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 zorgverzekeraar 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de ‘Lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering. Artikel 2 van de ‘Lijst van aanspraken’ 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 gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)”

Artikel 13 van de ‘Lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering regelt, voor zover hier van belang, het volgende:

“1. 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. (...)”

Artikel 7 van de ‘Algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“2.

- a. De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten.*
- b. 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. (...)”*

- 8.3. De artikelen 2 en 13 van de ‘Lijst van aanspraken’ 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).
- 8.4. 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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de aan verzoekster verleende zorg in Costa Rica een verzekerde prestatie is onder de zorgverzekering en dat zij daarvoor een indicatie had. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt hen verdeeld.
- 9.2. Gelet op de polisvoorwaarden, waarmee verzoekster zich bij het afsluiten van de verzekering akkoord heeft verklaard, bestaat bij zorg in het buitenland aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. In Nederland worden de tarieven vastgesteld door middel van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Ter vaststelling van de hoogte van het tarief voor de door verzoekster genoten zorg heeft de zorgverzekeraar de DBC-code 08.11.00.1210.0023 gehanteerd. Dit betreft een DBC-code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen, en heeft als omschrijving: “Reguliere zorg // operatieve behandeling complex aneurysma en/of multipele aneurysmata / Operatief met klinische episode(n)”. Het bijbehorende tarief was ten tijde van de operatie (april 2009) € 23.913,15.

- 9.3. Verzoekster heeft gesteld dat bij haar sprake was van een aneurysma. Zulks blijkt ook uit de nota van het ziekenhuis. Verzoekster beschikt niet over een operatieverslag. Gelet op deze informatie komt de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code de commissie juist voor.
- 9.4. Een DBC-code wordt in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat dit – gelijk bij verzoekster – niet steeds het geval zal zijn, kan de zorgverzekeraar niet worden toegeworpen.

Conclusie

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

Zeist, 2 februari 2011,

Voorzitter