

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen D en E, beide te F
Zaak : Geneeskundige zorg, hoogte vergoeding, buitenland, Thailand
Zaaknummer : 2012.02538
Zittingsdatum : 26 juni 2013

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,

tegen

1) D en

2) E beide te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV [naam collectiviteit] Extra 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem in Thailand genoten medische zorg (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft voor de onderhavige behandeling een vergoeding toegekend van € 671,33. Bij brief van 9 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de overige kosten afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 april 2012 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 28 februari 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 671,33 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 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 17 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 april 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 mei 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 mei 2013 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 april 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 21 mei 2013 (zaaknummer 2013055521) heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen waar het gaat om de vergoeding van de kosten die hoger zijn dan de reeds uitgekeerde vergoeding op grond van de DBC.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 29 mei 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 3 juni 2013 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 5 juni 2013 ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in het verleden hersenletsel opgelopen, waardoor hij niet alleen kan wonen. Hij verblijft daarom gedurende een aantal maanden per jaar bij zijn zus in Thailand. Verzoeker is onder behandeling in verband met een in 2010 verwijderde blaastumor. Een deel van deze behandeling vindt plaats in Thailand.
- 4.2. Ten behoeve van verzoeker is in oktober 2011 telefonisch een aanvraag ingediend voor vergoeding van de kosten van de behandelingen in Thailand. Tijdens dit gesprek is verteld dat als de kosten van de behandeling in Thailand hoger zouden uitvallen, het restbedrag niet zou worden vergoed. Er was verder geen enkel probleem, alleen moest verzoeker eenmalig de verwijsbrief meesturen, hetgeen hij heeft gedaan. Over een DBC-tarief is niet gesproken. Evenmin is verteld dat de vergoeding eenmalig zou zijn. Als destijds het DBC-tarief was genoemd en was verteld dat maximaal een bedrag van € 630,- voor alle behandelingen zou worden vergoed, was dat duidelijk geweest. Dit is evenwel niet gebeurd.
- 4.3. Bij brief van 11 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat hij de kosten achteraf ter declaratie kan indienen. De kosten in het buitenland kunnen hoger uitvallen dan het Nederlandse tarief. In dat geval zal het restbedrag niet worden vergoed.
- 4.4. Verzoeker merkt op dat sprake is van drie behandeltrajecten: de verwijdering van de blaastumor in 2010, de behandeling op de IC-afdeling in Bangkok na een motorongeluk (thans niet in geschil), en een cystoscopie op medisch advies van de Nederlandse

arts. Bij deze cystoscopie, die werd uitgevoerd in Bangkok, is opnieuw kanker geconstateerd, waarna verzoeker is behandeld door middel van chemotherapie. Na afloop van de chemokuur hebben controles plaatsgevonden.

4.5. De kosten van medische zorg in Thailand bedragen ongeveer één derde van de kosten voor vergelijkbare behandelingen in Nederland.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft in Thailand medische zorg genoten. De kosten van de behandeling heeft hij ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze kosten zijn op grond van de polisvoorwaarden vergoed tot maximaal het Nederlandse tarief.

5.2. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandelcombinatie (DBC). Deze systematiek is op 1 januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC heeft een maximale looptijd van één jaar.

5.3. Voor de onderhavige behandeling is een DBC vastgesteld met nummer 11060030021, declaratiecode 140173. Het aan deze DBC gekoppelde tarief bedraagt € 671,33. De openingsdatum van de DBC is 26 september 2011.

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 en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 verzoeker zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoeker hierop bij brief van 1 maart 2013 gewezen. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 18 maart 2013 bevestigd dat hij 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 kosten van de behandelingen in Thailand die betrekking hebben op de cystoscopie en chemotherapie in verband met een recidief blaascarcinoom alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekosten-

verzekering.

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 van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering. Artikel 2 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg en onderzoek bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“a Medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg) in een ziekenhuis
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.
(...)”*

8.3. Artikel 14 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“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.
(...)
3 De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een zorgverlener of instelling zou zijn verleend.
(...)”*

8.4. In artikel 7, lid 2 onder b van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat kosten van zorg worden vergoed tot maximaal het Nederlandse tarief, en luidt:

“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, dan wel – indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.”

- 8.5. De artikelen 2 en 14 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering en 7, lid 2 onder b 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).
- 8.6. 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.
Geneeskundige zorg 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 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de aan verzoeker in Thailand verleende zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding juist is.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van de DBC-code 11060030021, met als omschrijving: "Reguliere zorg / buikklachten / blaastumor / ov instrumenteel poliklinisch". Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC heeft een maximale looptijd van één jaar. Het betreft hier een code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief is € 671,33. De juistheid van deze DBC-code vormt geen onderwerp van geschil. De DBC-systematiek wordt in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat dit bij verzoeker niet het geval is, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding dan die aan hem is verleend.
- 9.3. Volgens de brief van 14 november 2012 van de ziektekostenverzekeraar worden niet vergoed de declaraties ter zake van een CT-scan van de nieren en urineleiders (16/1/12) en een cystoscopie (27/2/12). Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat deze behandelingen niet alle betrekking hebben op de problemen met de blaas waar onderdeel 9.2 op ziet. Daarmee is evenmin aannemelijk geworden dat ter zake van deze zorgverlening meerdere DBC's hadden moeten worden geopend.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.

Informatieverstrekking

- 9.5. Dat, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een telefonische toezegging zou zijn gedaan, is de commissie niet gebleken. Namens verzoeker is telefonisch verzocht om vergoeding van de kosten van de behandelingen in Thailand. Hierop is geantwoord dat geen voorafgaande toestemming nodig is, dat de nota's achteraf ter declaratie kunnen worden ingediend, en dat de kosten worden vergoed tot maximaal het in Nederland geldende tarief. De verstrekte informatie is correct. Dat hierbij niet expliciet is vermeld dat in Nederland de tarieven worden berekend aan de hand van DBC's maakt dit niet anders. Uitgaande van de – onjuiste – en ook tijdens deze procedure geuite veronderstelling dat de kosten in Nederland per definitie driemaal hoger zijn dan in Thailand, is namens verzoeker kennelijk niet naar de financiële implicaties gevraagd.

Conclusie

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

Zeist, 26 juni 2013,

Voorzitter