

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te E
Zaak : Verenigde Staten, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.00193
Zittingsdatum : 12 september 2012

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 Zorgverzekering Restitutie (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. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een geneeskundige behandeling in de Verenigde Staten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 november 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 19.658,38, is ingewilligd. Bij brief van 29 december 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een aanvullende vergoeding te verlenen van € 1.349,82.

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 18 januari 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij klachtenformulier van 23 januari 2012 heeft verzoeker 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).

3.4. 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.

3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 juni 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 juni 2012 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Bij brief van 20 juni 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 juli 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012078002) 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-codes zijn gehanteerd. De besparing in de kosten zou alleen voor het ambulancevervoer kunnen gelden indien er bewijzen zijn dat verzoeker daarvoor afzonderlijke kosten heeft gemaakt. Deze blijken echter niet uit het dossier. Een afschrift van het CVZ-advies is op 22 augustus 2012 aan partijen gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 27 respectievelijk 29 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker heeft tijdens een verblijf in de Verenigde Staten een motorongeval gekregen. Hij is gedurende vier dagen op de Intensive Care verbleven, en aanvullend vijf dagen op een reguliere kamer. In het ziekenhuis is een aantal CT-scans, röntgenfoto's, echo's en MRI-scans gemaakt. Deze scans zijn ook gebruikt tijdens een latere behandeling in Nederland. De zorgverzekeraar heeft slechts een klein gedeelte van de nota's uitbetaald, en heeft hierbij geen rekening gehouden met de besparing van kosten op de scans in Nederland. Verder is verzoeker vervoerd met een ambulance. Ook hiervoor is door de zorgverzekeraar geen vergoeding verleend.
 - 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
 - 5.1. Na beoordeling van de nota's is de zorgverzekeraar overgegaan tot vergoeding op basis van een viertal DBC-codes. Verder is een vergoeding verleend voor vier dagen verblijf op de Intensive Care en een intercollegiaal consult cardiologie. In totaal beloopt de vergoeding € 21.008,20. Verzoeker heeft geen aanvullende verzekering of een reisverzekering afgesloten. Dit heeft als gevolg dat een groot deel van de kosten voor rekening van verzoeker blijft. De zorgverzekeraar vergoedt niet meer dan waartoe hij ingevolge de zorgverzekering gehouden is.
 - 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. Gelet op artikel A.25. 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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Deze zorg omvat:

- a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden;*
- b. opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);*
- c. verblijf, verpleging en verzorging;*
- d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of voedingsvoorlichting met medische noodzaak), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)"*

- 8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland. (...)"

- 8.5. Artikel A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering bepaalt wat de hoogte is van de te vergoeden tarieven en luidt, voor zover hier van belang:

"Voor de vergoeding van zorg bestaan verschillende tarieven. Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:

a. Afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij onder andere tarieven hebben afgesproken voor die behandeling? Wij vergoeden de behandeling volgens het afgesproken tarief.

b. Volledig tarief (100%)

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken dan vergoeden wij het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij het volledige marktconforme tarief.

c. Gedeclareerde tarief

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En hebben wij voor de soort zorg die u gaat krijgen (of hebt gekregen) ook geen afspraken gemaakt met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen? Wij vergoeden dan het gedeclareerde tarief. Dat zijn ten hoogste de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt; meer vergoeden wij nooit."

- 8.6. De artikelen A.21. van 'Hoofdstuk A' en B.2. en B.4. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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.
- 8.8. 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 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.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Niet in geschil is dat de aan verzoeker in de Verenigde Staten verleende zorg een verzekerde prestatie vormt en dat hij hiervoor ten tijde van de behandeling een indicatie had. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Gelet op artikel A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Ter vaststelling hiervan is de zorgverzekeraar uitgegaan van een viertal DBC-codes, afkomstig uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. De zorgverzekeraar is uitgegaan van de tarieven ten tijde van de behandeling (juli 2011). De DBC-code 05.11.00.3012.0213 heeft als omschrijving: "Reguliere zorg // Onderarm / Operatief met klinische episode(n)" en een bijbehorend tarief van € 3.541,34. De DBC-code 05.11.00.3013.0213 heeft als omschrijving: "Reguliere zorg // Pols / Operatief met klinische episode(n)" en een bijbehorend tarief van € 3.448,52. De DBC-code 13.11.00.0918.1103 heeft als omschrijving: "Reguliere zorg // voedingsprobleem waarvoor endoscopische interventie (PEG/sonde) / behandeling nno / niet verbijzonderd met klinische episode(n)" en een bijbehorend tarief van € 4.251,49. De DBC-code 30.11.00.1411.0113 heeft als omschrijving: "Reguliere zorg // letsel wervelkolom / ruggemerg / reguliere behandeling met klinische episode(n)" en een bijbehorend tarief van € 3.935,34. Verder is door de zorgverzekeraar een vergoeding verleend voor een intercollegiaal consult cardiologie met de productcode 190129 en een bijbehorend tarief van € 92,89. Voor het verblijf op de Intensive Care is viermaal een vergoeding verleend van € 1.349,82 behorend bij productcode 190141 en eenmaal een vergoeding van € 339,34 behorend bij productcode 190142. Het totaal beloopt derhalve (€ 3.541,34 + € 3.448,52 + € 4.251,49 + € 3.935,34 + € 92,89 + (4x € 1.349,82) + € 339,34) € 21.008,20. De door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-codes komen de commissie – gelet op de informatie in het dossier met betrekking tot de bij verzoeker uitgevoerde behandeling – juist voor. Ook uit het CVZ-advies van 19 juli 2012 volgt dat door de zorgverzekeraar is uitgegaan van de juiste tarieven. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hoger bedrag dan door de zorgverzekeraar aan hem is uitgekeerd.

- 9.3. De DBC-systematiek wordt in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat zulks - gelijk bij verzoeker - niet steeds het geval zal zijn, kan de zorgverzekeraar niet worden tegengeworpen.

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, 12 september 2012,

Voorzitter