

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, tegen C te D  
Zaak : Verenigde Staten, onderzoek naar slaap-apneu, hoogte  
vergoeding  
Zaaknummer : 2012.02684  
Zittingsdatum : 23 januari 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (plaatsvervangend 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,

tegen

C te D, hierna 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 Standaard Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw).

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling in verband met een hersenbloeding, uitgevoerd in de Verenigde Staten (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 16 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van een onderzoek naar slaapapneu voor gedeeltelijke vergoeding in aanmerking komen, namelijk tot een bedrag van € 648,75. De kosten van de overige behandelingen zijn volledig vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 16 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 22 oktober 2012 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 november 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 november 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 december 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 30 november 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 28 december 2012 (zaaknummer 2012134989) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag of het slaapapneu-onderzoek electief of spoedeisend was. Een afschrift van het CVZ-advies is op 3 januari 2013 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 januari 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 28 januari 2013 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 15 februari 2013 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 21 februari 2013 op het advies gereageerd. Een afschrift daarvan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Op 13 oktober 2011 is verzoeker tijdens een vakantie in de Verenigde Staten met spoed opgenomen in een ziekenhuis. Bij hem werd een hersenbloeding geconstateerd, die het gevolg was van een zeer hoge bloeddruk. Omdat de behandeling niet succesvol verliep, diende te worden onderzocht of de hoge bloeddruk werd veroorzaakt door slaapapneu.
- 4.2. De zoon van verzoeker heeft contact opgenomen met de ANWB Alarmcentrale om te overleggen over de behandeling. De schriftelijke aanvraag voor het slaapapneu-onderzoek is direct per fax verstuurd. De ANWB zegde toe overleg te hebben met de behandelend artsen, hetgeen echter nooit is gebeurd. Het slaapapneu-onderzoek werd gepland voor de nacht van 18 op 19 oktober 2011.
- 4.3. De zoon van verzoeker heeft op 18 oktober 2011 opnieuw contact opgenomen met de ANWB. De zaak werd behandeld door een niet-medicus, die opmerkte dat er geen garantie was dat het onderzoek vergoed zou worden, omdat dit wellicht 'electief' zou zijn. De zoon van verzoeker heeft gevraagd of de medewerker van de ANWB de medische verantwoordelijkheid zou nemen als het onderzoek niet zou worden uitgevoerd. Toen de medewerker dit weigerde, is besloten de door de Amerikaanse artsen voorgeschreven behandeling te volgen, waarop die nacht het onderzoek is uitgevoerd. Gebleken is dat de hoge bloeddruk werd veroorzaakt door slaapapneu.

- 4.4. Het onderzoek naar slaapapneu is gerelateerd aan het onderzoek naar de hoge bloeddruk die de hersenbloeding had veroorzaakt, en moet in die zin worden beschouwd als medisch spoedeisende zorg. De ziektekostenverzekeraar is daarom gehouden de onderhavige kosten volledig te vergoeden.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat uit de brief van het Hoofd Klachtenmanagement blijkt dat de ANWB heeft bericht dat een nota van ongeveer \$ 5000,- is betaald. Hierdoor is verzoeker in verwarring geraakt.
- 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 de Verenigde Staten een hersenbloeding gehad. De ANWB Alarmcentrale heeft zich garant gesteld voor de vergoeding van de kosten van de spoedeisende zorg. Door de behandelend arts in de Verenigde Staten is een slaapapneu-onderzoek geadviseerd. Dit onderzoek heeft de ANWB als niet-spoedeisend aangemerkt. Dit betekent dat de kosten niet volledig voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, maar tot maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief, ten laste van de zorgverzekering.
  - 5.2. De hoogte van het toepasselijke tarief is vastgesteld op basis van DBC-code (03).22.11.00.1903.1011 met een bijbehorend bedrag van € 648,75. De overige kosten blijven voor rekening van verzoeker.
  - 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het betaalbaar stellen van het bedrag van € 648,75 niet direct is gelukt. Er is inmiddels een nieuwe betaelopdracht gegeven. Het advies van het CVZ is voorgelegd aan de medisch adviseur, omdat mogelijk sprake zou zijn van OSAS. De medisch adviseur heeft echter medegedeeld dat het onderhavige onderzoek niet spoedeisend was. Het is gelukt om de bloeddruk omlaag te brengen, dus het slaapapneu-onderzoek kon worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland.
  - 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
  - 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
  - 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het slaapapneu-onderzoek volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 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 met gecontracteerde zorg, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)”*

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*“Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:*

- *vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. (...)”*

8.5. De artikelen 9 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 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.

Medisch-specialistische 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.

- 8.8. Artikel 59 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

**“59.1. Spoedeisende zorg, dat wil zeggen onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. (...)**

**59.1.2. Verzekerde risico's**

*Eventueel aanvullend op de [naam zorgverzekering] worden de kosten vergoed van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Kosten van vervoer worden uitsluitend vergoed als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.*

*Niet vergoed worden de kosten*

- *Die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;*
- *Verband houdend met onderzoek dat of behandeling of opname die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland;*
- *Vallend onder het gekozen eigen risico in de [naam zorgverzekering]. (...)*

**59.2. Niet-spoedeisende zorg (...)**

**59.2.2. Verzekerde risico's**

*Vergoed worden de kosten die zijn opgenomen in het pakket van de [naam aanvullende ziektekostenverzekering] waarvoor de verzekerde verzekerd is, gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen.*

*Niet vergoed worden de kosten*

- *Die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;*
- *Van vervoer en/of verblijf in verband met de behandeling. (...)*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Niet in geschil is dat de aan verzoeker in de Verenigde Staten verleende zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat hij hiervoor een indicatie had. De kosten van de behandeling voor hoge bloeddruk zijn, met uitzondering van die welke verband houden met het onderzoek naar slaapapneu, volledig ten laste van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van de vergoeding voor het slaapapneu-onderzoek.
- 9.2. De vraag of het onderzoek is uitgevoerd teneinde de oorzaak van de hoge bloeddruk te achterhalen is enkel in het kader van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering relevant, zodat dit punt ten aanzien van de zorgverzekering kan blijven rusten.
- 9.3. Gelet op artikel 9 van de zorgverzekering bestaat bij zorg verleend in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanspraak op maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Deze worden vastgesteld aan de hand van zogenoemde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

- 9.4. De DBC-code die de ziektekostenverzekeraar in de onderhavige situatie heeft gebruikt is (03).22.11.00. 1903.1011, met als omschrijving: *“Reguliere zorg // Slaapaandoeningen waarvoor polysomnografie / reguliere beh poliklinisch”*. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief was ten tijde van het onderzoek (oktober 2011) € 276,82. De gehanteerde DBC-code komt de commissie juist voor. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Anders dan het CVZ lijkt te suggereren, maakt het voor de hoogte van de vergoeding niet uit of het hier spoedeisende zorg betreft, zodat onderzoek hiernaar niet zinvol is.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van medisch spoedeisende zorg in het buitenland. Verzoeker heeft aangevoerd dat het slaapapneuonderzoek spoedeisend was, omdat diende te worden onderzocht waardoor de hoge bloeddruk werd veroorzaakt. Na het onderzoek bleek dit te komen door slaapapneu. Niet gebleken is echter dat dit onderzoek naar de oorzaak van de hoge bloeddruk redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer naar Nederland. Van belang is hierbij dat de behandeling van de hersenbloeding en de gevolgen hiervan reeds had plaatsgevonden en dat het onderzoek enkel was gericht op het vinden van de oorzaak van de hoge bloeddruk. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft gemeend te moeten overgaan tot een vergoeding van € 648,75. De commissie beschouwt dit als een toezegging waarop niet kan worden teruggekomen.

#### **Conclusie**

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

Zeist, 6 maart 2013,

Voorzitter