



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verenigde Staten, medisch specialistische zorg, MRI-scan, hoogte vergoeding, spoedeisende zorg
Zaaknummer : 201602111
Zittingsdatum : 7 juni 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, 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 grond van de verzekering VGZ Goede Keuze (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 VGZ Aanvullend Goed afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 zorg in de Verenigde Staten, bestaande uit een onderzoek in het ziekenhuis op 3 februari 2015 en een MRI-scan op 16 februari 2015. Bij declaratieoverzicht van 27 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betreffende nota's gedeeltelijk worden vergoed, namelijk tot een bedrag van € 221,91.

3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 11 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de vergoeding te verhogen naar € 332,86, zijnde 75 percent van het Nederlands tarief.

3.4. Bij brief van 19 februari 2017 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 € 332,86 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Bij e-mailbericht van 24 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van het ziekenhuisonderzoek op 3 februari 2015 alsnog volledig worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij brief van 28 februari 2017 heeft verzoeker aan

de commissie medegedeeld dat hij zijn verzoek wijzigt, in die zin dat het geschil thans nog ziet op de vergoeding van de kosten van de MRI-scan, uitgevoerd op 16 februari 2015 (hierna: de aanspraak).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 april 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 april 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 mei 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juni telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend cardioloog in de Verenigde Staten heeft op 9 december 2015 ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"[Patient] was seen at UNC Health Care System on 2/3/15. At the time, I was a cardiology fellow under the supervision of [doctor]. We obtained an echocardiogram on the patiënt which showed significant aortic dilation, a congenitally abnormal aortic valve, and at least moderate aortic insufficiency. We felt it necessary to obtain a cardiac MRI to better define his anatomy and determine his need for surgery. Based on the findings from his MRI, we feel that serial follow-up was in his best interest; (...)"*
- 4.2. Verzoeker verbleef in 2015 tijdelijk in de Verenigde Staten in verband met zijn studie. Op 2 februari 2015 is verzoeker naar de huisarts gegaan in verband met kortademigheid en druk op de borst. Deze symptomen zijn bij verzoeker in zijn vroege jeugd ook geconstateerd, maar konden destijds na uitvoerig onderzoek niet worden verklaard. Aangezien de huisarts in de Verenigde Staten de ruis niet vertrouwde, heeft hij verzoeker doorverwezen naar een cardioloog. Het onderzoek bij de cardioloog vond plaats op 3 februari 2015. De cardioloog adviseerde verzoeker zo snel mogelijk een MRI-scan te laten uitvoeren, omdat met de normale observatiemethodes niet kon worden geverifieerd wat er precies gaande was. De cardioloog vermoedde dat het zou ging om een hartafwijking en een MRI kon hierover uitsluitsel geven. Verzoeker werd door de cardioloog sterk afgeraden te wachten met de MRI tot hij terug zou zijn in Nederland. Uit de resultaten van de MRI-scan bleek dat verzoeker inderdaad een hartafwijking heeft, waardoor hij moest stoppen met te grote inspanningen.
- 4.3. Verzoeker stelt dat zowel het ziekenhuisbezoek als de MRI-scan spoedeisende zorg betreft en dat de kosten hiervan volledig dienen te worden vergoed. De medische adviseurs van de ANWB Alarmcentrale en de ziektekostenverzekeraar zijn onterecht op de stoelen van de behandelend artsen gaan zitten en hebben een onjuiste conclusie getrokken. Zo was de hartafwijking voorafgaand aan de reis naar de Verenigde Staten bij verzoeker niet bekend. Op jonge leeftijd had verzoeker wel last gehad van kortademigheid en druk op de borst, maar er is nooit sprake geweest van een diagnose waarbij is vastgesteld dat verzoeker een

aangeboren hartafwijking heeft. Dat de hartafwijking aangeboren is, betekent niet dat verzoeker hier van af wist. Verzoeker heeft contact opgenomen met zijn vroegere huisarts in Nederland maar nergens in zijn medische geschiedenis wordt de suggestie gedaan dat sprake is van een aangeboren hartafwijking. De constatering van de Amerikaanse huisarts op 2 februari 2015 is gebaseerd op een medisch rapport dat door een ziekenhuis in Macedonië is opgesteld naar aanleiding van een verplichte medische keuring. Bij deze keuring was sprake van een onduidelijke situatie omtrent het hart van verzoeker maar dit werd door de dokter niet verder gespecificeerd. De medische adviseurs concluderen op basis van het Macedonische rapport ten onrechte dat verzoeker op de hoogte moet zijn geweest van de aandoening en de ernst hiervan.

- 4.4. Verder was sprake van een acute situatie. Verzoeker kreeg op 2 februari 2015 opeens last van druk op de borst en kortademigheid. Tijdens het bezoek aan de huisarts verloor hij zelfs het bewustzijn. Verzoeker werd vervolgens met spoed doorverwezen naar de cardioloog. Gezien de onzekerheid rond zijn situatie, de symptomen, het flauwvallen en de wachtlijstproblematiek vond de huisarts het noodzakelijk de urgentie van het verzoek te benadrukken: *"I noted "urgent request" on the referral 2/2/15 to UNC Cardiology schedulers to pay immediate attention to your referral and to request an appointment soon. UNC Cardiology is a busy clinic, sometimes appointments may occur several weeks out."* Dat er 24 uren tussen het huisartsbezoek en het onderzoek in het ziekenhuis zitten, kan verzoeker niet worden aangerekend.
- 4.5. Ook bij de MRI-scan is geen sprake geweest van planbare zorg. De onvoorzienbaarheid kan worden opgemaakt uit het feit dat verzoeker niet op de hoogte was van de aandoening en dat de symptomen plotseling verschenen. Er bestaat een verband tussen de symptomen, de onzekerheid rond de aandoening en de MRI-scan die meer duidelijkheid moest geven. De noodzaak van de MRI-scan wordt bevestigd door het dringende advies van de cardioloog. Dat na een MRI-scan niet onmiddellijk sprake was van een operatie doet niets af aan de beslissing de MRI zo snel mogelijk te laten plaatsvinden, aangezien de ernst vooraf niet kon worden ingeschat. Het zou onverantwoord zijn geweest om in een dergelijke situatie niet over te gaan tot verdere diagnostiek.
- 4.6. Verzoeker was op het moment dat de klachten zich voordeden net twee weken begonnen met zijn semester. Verzoeker is houder van de prestigieuze Fulbright-beurs, waarbij strikte voorwaarden gelden omtrent het maximaal aantal te missen lessen en het vroegtijdig verlaten van het land. Het zou volstrekt onredelijk zijn geweest hem naar Nederland te laten komen voor de behandeling van een aandoening waarvan hij geen weet had. Dat de behandeling dan door de ziektekostenverzekeraar als electieve zorg wordt afgedaan, waarmee de indruk wordt gewekt dat verzoeker er redelijkerwijs voor had kunnen kiezen de situatie tot het einde van het betreffende semester - dat is bijna vier maanden na de signalering door de huisarts - te negeren, is strijdig met elke vorm van redelijkheid.
- 4.7. Bij e-mailbericht van 24 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van het ziekenhuisonderzoek op 3 februari 2015 alsnog worden vergoed, omdat het hierbij wel ging om spoedeisende zorg. Verzoeker stelt dat de noodzakelijkheid van het uitvoeren van de MRI-scan besloten ligt in het betreffende onderzoek in het ziekenhuis. Bij dit bezoek heeft de cardioloog namelijk aan verzoeker het dwingende advies gegeven een MRI-scan te laten uitvoeren. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar deze medische noodzaak te betwisten.
- 4.8. Ter zitting is door verzoeker de standpunten herhaald.
- 4.9. 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 bij de ziektekostenverzekeraar een nota ingediend met een totaalbedrag van € 3.166,52 vanwege twee behandelingen in de Verenigde Staten. De onderzoeken die verzoeker heeft gehad vallen onder het DBC-zorgproduct met code 099699029, met als omschrijving *"Onderzoek(en) of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij een vernauwing*

of afsluiting van slagader. "Op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering - waarbij de verzekerde recht heeft op een vergoeding van 50 percent van het gecontracteerde tarief als gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder - heeft de ziektekostenverzekeraar € 221,91 aan verzoeker vergoed. Dit bedrag is verrekend met het wettelijk verplicht eigen risico van verzoeker.

Bij brief van 11 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat, op grond van het zogenoemde hinderpaalcriterium, de vergoeding wordt verhoogd naar 75 percent van het Nederlands tarief. De vergoeding op grond van de zorgverzekering komt hiermee uit op € 332,86.

- 5.2. Bij e-mailbericht van 24 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat, op basis van de aanvullende stukken, de kosten van het ziekenhuisonderzoek op 3 februari 2015 alsnog worden vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze kosten bedragen € 1.359,99, en verzoeker heeft reeds een vergoeding gekregen van € 332,86. Hij heeft daarom recht op een aanvullende vergoeding van € 1.027,13 (€ 1.359,99 - € 332,86). Voor dit onderzoek wordt de spoedeisendheid namelijk wel aannemelijk geacht.

Ter zake van de MRI-scan handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt dat hier geen sprake is van spoedeisende zorg. De MRI-scan heeft pas veertien dagen na het ziekenhuisbezoek op 3 februari 2015 plaatsgevonden, namelijk op 16 februari 2015.

- 5.3. Ter zitting benadrukt de ziektekostenverzekeraar dat de MRI-scan pas veertien dagen later is uitgevoerd. Bij spoedeisendheid moet het gaan om een behandeling die direct plaatsvindt. De medisch adviseur heeft verklaard dat geen medisch objectieve vastlegging aanwezig is. Op basis van de verwijzing van de huisarts heeft een bezoek aan de cardioloog plaatsgevonden. Vervolgonderzoeken die spoedeisend zijn dienen dezelfde dag, of spoedig daarna plaats te vinden. Het moet gaan om een behandeling die redelijkerwijs niet kan 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 artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 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 is gehouden de kosten van de op 16 februari 2015 uitgevoerde MRI-scan alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 332,86 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

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

Wie mag de zorg verlenen

*Medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant.
(...)*

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

*U hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.
(...)"*

- 8.4. De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

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:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.*

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen; (...)"

- 8.5. Artikel 1.4. bepaalt de vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en luidt als volgt:

"Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 50% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden wettelijke Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 50% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale

vergoedingen is geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren; (...)"

8.6. Artikel 1.6. van de zorgverzekering ziet op een tijdige zorgverlening, en luidt:

"Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, hebt u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;*
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren; (...)"*

8.7. De artikelen 1.4., 1.6., 9 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. Artikel 11, eerste lid, onderdeel a, 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Medisch specialistische zorg, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

8.9. 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.

8.10. Artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;*
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleeft;*
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.*

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

U kunt gebruik maken van de VGZ Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas of op onze website. Dit is vooral aan te raden als het zorg betreft die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis; (...)"


9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


- 9.1. Aangezien de onderhavige zorg niet in een EU/EER-lidstaat heeft plaatsgevonden, en met de Verenigde Staten geen verdrag op het terrein van de sociale ziektekostenverzekering is gesloten, zal het eventuele recht op vergoeding uitsluitend moeten worden beoordeeld op basis van de zorgverzekering. De zorgverzekering biedt ingevolge artikel 15 aanspraak op vergoeding van medisch specialistische zorg
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar is bij de vaststelling van de vergoeding uitgegaan van zorgproductcode 099699029 met omschrijving "Arteriële vaatafw/ stenose | Diagnostisch (zwaar)/ Therapeutisch licht | Hart/Vaat arterie/arteriole/capillair". Deze zorgproductcode komt de commissie, gezien de bij verzoeker uitgevoerde behandeling, juist voor. Het betreft een zorgproduct uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders' van de ziektekostenverzekeraar, bedroeg het bijbehorende tarief ten tijde van het ontstaan van het geschil € 221,91. Dit betreft 50 percent van het door de ziektekostenverzekeraar gemiddeld gecontracteerde tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft lopende de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen besloten de vergoeding te verhogen tot een bedrag van € 332,86, zijnde 75 percent van het Nederlandse marktconforme tarief. Een en ander is in lijn met eerdere uitspraken van de commissie waaruit blijkt dat een korting van 20 tot 25 percent op het wettelijke dan wel het marktconforme tarief geen feitelijke hinderpaal oplevert. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De commissie merkt in dit kader nog op dat een (vergoeding op basis van een) zorgproduct wordt geacht kostendekkend te zijn. Een separate vergoeding voor bijvoorbeeld een consult of een MRI-scan is derhalve niet aan de orde.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt, in aanvulling op de zorgverzekering, volledige vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg bij vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland. Gelet op het bepaalde in artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering gaat het hierbij om zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Het verblijf moet niet langer dan 365 dagen duren en de kosten van de zorg moeten zijn gedekt onder de zorgverzekering.
- 9.4. Het staat vast dat verzoeker niet langer dan 365 dagen in de Verenigde Staten zou verblijven en dat de kosten van de onderhavige zorg zijn gedekt onder de zorgverzekering. Rest de vraag of de MRI-scan als spoedeisende zorg kan worden aangemerkt omdat deze onvoorzien was en redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Verzoeker heeft tijdens zijn verblijf in de Verenigde Staten last gekregen van zijn hart. Tijdens het ziekenhuisonderzoek op 3 februari 2015 heeft de cardioloog aan verzoeker medegedeeld dat een MRI-scan noodzakelijk was om meer duidelijkheid te verkrijgen over de aandoening en de ernst hiervan. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de zorg niet onvoorzien was, aangezien verzoeker had kunnen weten dat hij een aangeboren hartafwijking had. De ziektekostenverzekeraar heeft op grond van aanvullende stukken echter wel gemeend het ziekenhuisonderzoek op 3 februari 2015 alsnog volledig te moeten vergoeden, zodat dit argument faalt. Aangezien de MRI-scan volgt uit het ziekenhuisonderzoek van 3 februari 2015, kan het eerder genoemde argument van de







ziektekostenverzekeraar ook voor de MRI-scan niet slagen. De commissie concludeert daarom dat de MRI-scan onvoorzien was.

- 
- 9.5. Voorts speelt de vraag of de MRI-scan redelijkerwijs had kunnen worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Verzoeker stelt dat uitstel niet mogelijk was aangezien hij onder strikte voorwaarden een beurs had gekregen en zijn semester nog bijna vier maanden duurde. Ook de medische noodzaak leidt ertoe dat verzoeker niet kon wachten, aangezien de MRI-scan meer duidelijkheid moest geven over zijn hartafwijking. Het belang de MRI-scan snel te laten uitvoeren werd door de cardioloog uitdrukkelijk benadrukt. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stellingen van verzoeker niet bestreden. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar onvoldoende onderbouwd waarom met de MRI-scan zou kunnen worden gewacht tot na terugkomst in Nederland. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de MRI-scan uiteindelijk pas veertien dagen na het ziekenhuisonderzoek heeft plaatsgevonden, treft geen doel, aangezien in de aanvullende ziektekostenverzekering niet de eis wordt gesteld dat de behandeling direct dient plaats te vinden en het spoedeisende karakter van de zorg mede wordt bepaald door de duur van het geplande verblijf en de (on)mogelijkheid eerder naar Nederland terug te keren. Aangezien het voorgaande ertoe leidt dat in de onderhavige zaak sprake is van spoedeisende zorg, is de ziektekostenverzekeraar gehouden de in het geding zijnde nota van de MRI-scan volledig te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.



Conclusie

- 
- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 21 juni 2017,



A.I.M. van Mierlo



