

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D en E beide te F
Zaak : Thailand, geneeskundige zorg, arthroscopic rotator cuff repair rechterschouder, hoogte vergoeding, spoedeisende zorg
Zaaknummer : 2013.01379
Zittingsdatum : 12 februari 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,

tegen

1) D te F, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Uitgebreide Tandarts Collectief afgesloten.

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De verzekering Uitgebreide Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een arthroscopic rotator cuff repair van haar rechterschouder, uitgevoerd te Bangkok, Thailand (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een gedeeltelijke vergoeding ten bedrage van € 2.095,61 te verlenen.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 26 augustus 2013 heeft verzoekster 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 zorgverze-

kering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 oktober 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft het antwoordformulier niet retour gezonden, waarop de commissie een mondelinge zitting heeft ingepland. Op 22 december 2013 heeft verzoeker alsnog medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 januari 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 oktober 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 27 november 2013 (zaaknummer 2013130992) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie had voor de ingreep. Een afschrift van het CVZ-advies is op 22 januari 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het advies te reageren.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. In verband met reumatoïde artritis verblijft verzoekster ieder jaar gedurende vijf maanden in het buitenland, aangezien een warmer klimaat haar klachten doet afnemen. In januari 2013 is zij afgereisd naar Thailand. Vlak daarvoor, in december 2012, was zij in Nederland gevallen. Hieraan hield zij een gevoelige schouder over, waarvoor zij een arts heeft bezocht. Deze dacht aan een kneuzing die vanzelf zou genezen, en heeft verzoekster geadviseerd bij pijnklachten paracetamol te slikken.
- 4.2. Eind januari 2013 kreeg verzoekster steeds meer pijn aan haar schouder. Zij heeft toen een arts in Bangkok bezocht, die haar medicijnen voorschreef om de pijn te verzachten. Hij verwachtte dat de schouder vanzelf zou genezen.
- 4.3. Eind maart ontstond een hevige pijn die ondanks de medicatie ondraaglijk werd. Op 6 april 2013 heeft verzoekster de arts in Bangkok weer bezocht, die direct een MRI-scan liet maken. Hij constateerde twee scheuren in de schouderpees, en achtte een operatie aangewezen, omdat anders blijvend letsel zou ontstaan.
- 4.4. Aangezien verzoekster twee nachten in het ziekenhuis moest verblijven, nam iemand van de financiële afdeling van het ziekenhuis contact op met SOS International en de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster begreep van deze persoon dat de operatie direct kon worden uitgevoerd.

- 4.5. Op 8 april 2013 is verzoekster geopereerd, waarna zij op de verkoeverkamer mocht bijkomen. De volgende ochtend heeft de arts de operatie met verzoekster doorgenomen. Zij zag dat een aantal pinnen en schroeven was aangebracht. Op 10 april 2013 is verzoekster uit het ziekenhuis ontslagen.
- 4.6. Verzoekster is van mening dat sprake is geweest van een spoedeisende behandeling die niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Zij had een negatief reisadvies. De ziektekostenverzekeraar dient de kosten van de operatie daarom volledig te vergoeden.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Een scheur in één van de pezen van de rotator cuff zal in principe niet spontaan genezen, maar voor de meeste van deze letsels wordt in aanvang een conservatief beleid gevolgd. Patiënten kunnen hierop zeer goed reageren. Conservatieve behandeling bestaat uit fysiotherapie en pijnstilling. Operatieve interventie is geïndiceerd als na zes maanden van actieve conservatieve behandeling de klachten van de cuffruptuur nog steeds bestaan.
 - 5.2. Bij verzoekster zijn de klachten begonnen na een val in december 2012. Begin april 2013 (ten tijde van de operatie) was het nog geen zes maanden na het begin van de klachten. Uit de gegevens blijkt voorts niet dat een optimale conservatieve behandeling met fysiotherapie is gestart. Verzoekster zou begin mei teruggaan naar Nederland. Een eventuele operatie had uitgesteld kunnen worden tot na terugkomst. Er was geen sprake van een acute, spoedeisende operatie, en zeker niet van een levensbedreigende situatie.
 - 5.3. De alarmcentrale SOS International biedt ondersteuning bij ziekte en ongevallen in het buitenland. Zij helpt bij het organiseren van de benodigde hulp. Aangezien verzoekster heeft opgemerkt dat sprake is geweest van een miscommunicatie tussen het ziekenhuis en de alarmcentrale, heeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende contactgegevens opgevraagd. SOS International heeft echter medegedeeld deze niet aan de ziektekostenverzekeraar te verstrekken zonder schriftelijke toestemming van verzoekster. Verzoekster kan de gegevens zelf opvragen.
 - 5.4. De hoogte van de vergoeding van € 2.095,61 is gebaseerd op zorgproductcode 131999072. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanvulling op de vergoeding ten laste van de zorgverzekering, omdat geen sprake is geweest van spoedeisende zorg.
 - 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. Gelet op artikel A.22. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en 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 aan-

vullende ziektekostenverzekering, 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 althans tot een hoger bedrag dan € 2.095,61, 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“B.4.2.1. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op:

- a. medisch specialistische behandeling;*
- b. opname in de laagste klasse van een 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, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;*
- e. laboratoriumonderzoek. (...)*”

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:

“B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20. (...)”

8.5. Artikel A.20. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“b. Verlaagd tarief van het vaste of marktconforme tarief

Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select en Zorgverzekering Natura Direct: Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een zorgovereenkomst hebben gesloten? Dan verlagen wij de vergoeding. Wij vergoeden dan een bepaald percentage (deel) van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief, dan vergoeden wij dat percentage van het marktconforme tarief. Hoe hoog dat vergoedingspercentage is, kunt u vinden in de bijlage "Premies en Vergoedingstarieven". (...)

- 8.6. In de bijlage “Premies en Vergoedingstarieven” is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld:

“Tarieven (artikel A.20.)

Als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen zorgovereenkomst hebben, dan vergoeden wij vanuit de zorgverzekering niet het gehele marktconforme tarief maar een deel daarvan. U kunt dat lezen in artikel A.20.2. van de verzekeringsvoorwaarden. Het te vergoeden percentage is:

- 50% voor specialistische GGZ (artikel B.19.2.);
- 75% voor alle andere zorgsoorten.”

- 8.7. De artikelen A.20. van ‘Hoofdstuk A’, B.2. en B.4.2. van ‘Hoofdstuk B’ van de zorgverzekering en de bijlage “Premies en Vergoedingstarieven” 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).
- 8.8. Artikel 11, lid 1, 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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 D.14.1. van ‘Hoofdstuk D’ van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“D.14.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Uw verblijf is tijdelijk, als u korter dan 365 dagen aaneengesloten in het buitenland bent. De aanvullende verzekering vergoedt zorg die geheel of gedeeltelijk buiten de zorgverzekering en/of een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering vallen. (...)”

- 8.11. Artikel D.14.2. van ‘Hoofdstuk D’ van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op niet-spoedeisende zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“D.14.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- a. niet-spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf buiten uw woonland;

b. niet-spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf buiten uw woonland maar in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat.

Het moet om zorg gaan, die ook zou zijn vergoed als die in Nederland of uw woonland zou hebben plaatsgevonden. (...)

U hebt alleen recht op zorg of kosten uit artikelen die staan vermeld op uw Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende (tandarts)verzekering(en). (...)

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien de zorg niet in een EU-lidstaat of verdragsland heeft plaatsgevonden maar in Thailand, zal het eventuele recht op vergoeding uitsluitend moeten worden beoordeeld op basis van de zorgverzekering. Tussen partijen staat niet ter discussie dat sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Nu reeds een gedeeltelijke vergoeding is verleend, behoeft de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat geen indicatie voor de zorg bestond, geen verdere bespreking. Enkel de juistheid van de verleende vergoeding dient derhalve te worden beoordeeld.
- 9.2. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van zorgproductcode 131999072 met als omschrijving: *“Operatief overig schoudergordel (zeer) zwaar / Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma”*. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Deze code komt de commissie, gelet op de bij verzoekster uitgevoerde behandeling, juist voor. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat het bij deze code behorende tarief € 2.794,14 is, en heeft dit onderbouwd met een lijst van restitutietarieven die te raadplegen is via de website van de ziektekostenverzekeraar. Gelet op artikel A.20. van ‘Hoofdstuk A’ van de zorgverzekering en de bijlage “Premies en Vergoedingen”, heeft verzoekster aanspraak op 75 percent van dit – marktconforme – tarief, zijnde € 2.095,61. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster vergoed. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. In het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering dient de vraag te worden beantwoord of bij verzoekster sprake was van spoedeisende zorg dan wel niet-spoedeisende zorg, aangezien in de voorwaarden van die verzekering – anders dan in de voorwaarden van de zorgverzekering – dit onderscheid wordt gemaakt.
- 9.4. De commissie is van oordeel dat niet aannemelijk is geworden dat bij verzoekster sprake is geweest van spoedeisende zorg. Dit is slechts aan de orde in een levensbedreigende situatie waarbij direct ingegrepen moet worden. Verzoekster is niet in levensgevaar geweest. Bovendien heeft zij op 6 april 2013 een afspraak gehad bij de behandelend arts, en is zij eerst op 8 april 2013 geopereerd. Daarom betreft het hier geen zorg die direct noodzakelijk was. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding conform artikel D.14.1.1. van ‘Hoofdstuk D’ van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.5. Artikel D.14.2.1. van ‘Hoofdstuk D’ van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor niet-spoedeisende zorg in het buitenland. Het moet dan echter gaan om

zorg die in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is gedekt indien de zorg in Nederland plaatsvindt. Dit is bij de operatie die verzoekster heeft ondergaan niet aan de orde. Zij heeft daarom ook op basis van artikel D.14.2.1. van 'Hoofdstuk D' van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op een vergoeding.

Telefoongesprek

- 9.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat een medewerker van het ziekenhuis in Bangkok contact heeft gehad met SOS International en met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Hieruit zou zijn gebleken dat een garantstelling voor de operatie kon worden gegeven, zodat verzoekster kon worden geopereerd. Verzoekster heeft haar stelling evenwel niet met stukken onderbouwd. Ook de ziektekostenverzekeraar beschikt niet over deze gegevens. De commissie concludeert dat verzoekster haar stelling niet althans onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt.

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, 12 februari 2014,

Voorzitter