



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen ONVZ
Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,
beide te Houten

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, hartoperatie Monaco en aansluitende
revalidatie Frankrijk, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201500175

Zittingsdatum : 16 december 2015

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

(Voorwaarden ziektekostenverzekering 2014, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeringen N.V. te Houten, en
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- 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 grond van de Basisfit Internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Topfit Internationaal 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). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandfit Module D is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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 hartoperatie in Monaco en aansluitende hartrevalidatie in Frankrijk (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 13.175,93 (operatie) respectievelijk € 11.376,58 (IC ligdagen), zodat € 30.222,49 voor rekening van verzoeker blijft. Dit bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar voorgeschoten en nadien van verzoeker gevorderd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 augustus 2014 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 ongedateerde brief, ontvangen op 20 mei 2015, 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 betaald in te willigen, ten laste van de ziektekostenverzekering 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 3 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 augustus 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.

3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 december 2015 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. De behandelend arts in Monaco heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *“Ton patient (...) né le 21 janvier 1941 que tu connais très bien, quitte donc ce jour le Centre pour effectuer sa convalescence à Callian. Il a donc bénéficié le 2 janvier 2014 d'un remplacement valvulaire aortique par une bioprothèse, sans suture INTUITY n°27 associé à l'implantation d'un pont mammaire gauche sur l'IVA et d'un pont mammaire droite sur la coronaire droite, dans le cadre d'une cardiopathie ischémique avec une fraction d'éjection estimée à 25%, aux antécédents d'angioplastie stenting multiple avec une excellente perméabilité de tous ses stents mais qui a évolué sur une sténose ostiale de l'IVA et une sténose proximale de la coronaire droite chez cet homme artéritique majeur, avec amputation trans-métatarsienne et artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs. (...) Il part donc dans d'excellentes conditions effectuer sa convalescence et se remettra entre te mains pour son suivi cardiologique habituel. (...)”*.

4.2. Verzoeker werd in Nederland opgenomen met hartproblemen. Aangezien hij goede ervaringen had met een ziekenhuis in Frankrijk, wilde hij de operatie daarvan laten uitvoeren. Omdat dit niet kon, is hij uitgeweken naar zijn woonland Monaco. Daar is hij geopereerd aan zijn hart, waarna hij werd verwezen voor hartrevalidatie in Callian, Frankrijk. De reden hiervoor is dat verzoeker bekend is met diabetes, en zeven tenen mist, waarvoor hij dagelijks moest worden behandeld.

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft niet alle kosten vergoed, zodat een aanzienlijk deel van de kosten voor rekening van verzoeker blijft. Hij is hierover vooraf niet geïnformeerd. De rekening heeft hij nooit ter inzage gekregen, omdat deze rechtstreeks naar de ANWB Alarmcentrale is gegaan, en door deze is betaald. De ANWB Alarmcentrale heeft een garantieverklaring gegeven voor een bedrag van € 54.775,-, waaruit verzoeker heeft afgeleid dat een volledige vergoeding zou volgen. Verder is verzoeker van mening dat de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde vergoeding niet juist is. Diverse nota's die verzoeker heeft ingediend zijn in het geheel niet vergoed. Ook is de ziektekostenverzekeraar intussen overgegaan tot verrekening van declaraties met het nog openstaande bedrag, zodat verzoeker geen vergoedingen meer ontvangt.

4.4. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat het allemaal begon in december 2013, toen hij in Rotterdam moest worden opgenomen. Daar was echter geen plaats, zodat hij moest uitwijken naar Schiedam. Aldaar heeft men niets voor hem gedaan. Daarom is hij naar Frankrijk gegaan, waar hij al eerder goed is geholpen. Vanwege een te lage capaciteit aldaar, verwees men hem naar Monaco. Verzoeker had de MRSA-bacterie opgelopen, zodat hij op een eenpersoonskamer moest liggen. Het ging derhalve niet om eersteklas verpleging. De ANWB Alarmcentrale belde op de dag van de operatie naar de echtgenote van verzoeker. Men zei dat er nog geen goedkeuring was, zodat de operatie moest worden afgezegd. De echtgenote heeft toen verteld dat de operatie niet meer kon worden geannuleerd. Verzoeker ontving een brief van de ziektekostenverzekeraar met de mededeling dat een bedrag van € 35.000,- voor zijn rekening bleef. Verzoeker is twee weken in het ziekenhuis geweest, omdat zijn borstbeen niet goed dicht ging. Zijn diabetes was door de operatie ontregeld, hetgeen de reden was van de revalidatie in Frankrijk. Verzoeker heeft verder opgemerkt dat zijn bedrijf failliet is gegaan, en nu heeft hij alleen nog een AOW-uitkering. Hij heeft ook een schuld van € 50.000,- opgebouwd bij de creditcardmaatschappij.

- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Voor de kosten van de hartoperatie is een bedrag vergoed van € 13.175,93 aan de hand van DBC-zorgproductcode 979001199. Voor de IC-ligdagen is een bedrag van € 11.376,58 vergoed, en voor de revalidatie in Callian € 1.336.32. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de ziektekostenverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De partner van verzoeker is telefonisch geïnformeerd over het feit dat recht bestaat op vergoeding tot éénmaal het Nederlands tarief. Dit blijkt uit de gespreksnotitie van de ANWB Alarmcentrale van 28 december 2013 die, voor zover hier van belang, als volgt luidt: *"Uitgelegd dat med. kosten voor spoedbehandeling in het woonland (dat is dan v.a. morgen) enkel tot 100% ned. tarief !! Besproken dat men [ter plaatse] niet eerste klasse moet gaan liggen ivm [eigen kosten] die men dan gaat krijgen. NB: ik zet dossier vast op land Monaco (daar is men v.a. morgen)".*
- 5.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij de brief van de ANWB Alarmcentrale, waarin wordt medegedeeld dat de vergoeding lager kan uitvallen dan de kosten van de ingreep, niet heeft ontvangen. Het adres dat op de brief staat, is echter hetzelfde adres dat ook op andere brieven staat, die verzoeker wel heeft ontvangen. Dit blijkt uit het feit dat hij aantekeningen op de betreffende brieven heeft gemaakt, waarna hij deze aan de ziektekostenverzekeraar heeft geretourneerd. Verder heeft de ANWB Alarmcentrale toegelicht deze brief per e-mail te hebben verzonden. Een en ander blijkt uit de gespreksnotitie van 3 januari 2014. Deze luidt als volgt: *"Ik spreek partner van meneer. Uitgelegd dat we [kostprijs garantie] kunnen versturen, maar dat ONVZ dus het verschil wel aan hen zal doorbelasten achteraf. E-mail adres opgevraagd, en ik ga ze de uitleg van ONVZ sturen".*
- 5.4. De garantieverklaring is rechtstreeks aan het ziekenhuis gezonden, en niet aan verzoeker. Het betreft hier namelijk een overeenkomst tussen de ANWB Alarmcentrale en het ziekenhuis. Bij deze standaardprocedure wordt een garantie aan het ziekenhuis gegeven om te zorgen dat de benodigde zorg kan worden geleverd.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat door de ANWB Alarmcentrale aan de echtgenote van verzoeker is verteld dat verzoeker 100 percent van het Nederlandse tarief zou ontvangen. Ook is haar gezegd dat verzoeker niet op een eenpersoonskamer moest gaan liggen vanwege de hogere kosten. Ook als het verblijf op de eenpersoonskamer medisch noodzakelijk was - hetgeen overigens niet blijkt uit de stukken - maakt dit de vergoeding niet hoger. Complicaties en de keuze van de kamer vallen doorgaans onder het DBC-tarief. Verder is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de ziektekostenverzekering niet altijd kostendekkend is, omdat de zorg in bepaalde delen van de wereld veel duurder is dan in Nederland. Bovendien is de premie voor deze buitenlandverzekering veel lager dan die van andere buitenlandpolissen.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 9 van de ziektekostenverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de ziektekostenverzekering 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 aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan betaald in te willigen, 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. Artikel 4 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene behandeling.

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

ONVZ vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. (...)"

8.3. Artikel 7 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische revalidatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor medisch-specialistische revalidatie als:

1. deze zorg voor u het meest doeltreffend is ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. De handicap is het gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel en leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag; en

2. u met deze zorg een mate van zelfstandigheid kunt bereiken of behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

lid 2

Medisch-specialistische revalidatie kan plaatsvinden:

1. in deeltijd- of dagbehandeling;

2. tijdens een opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. (...)"

8.4. Artikel 1 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering luidt:

"lid 1

De ONVZ Basisfit Internationaal biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij bent u vrij in de keuze van zorgverlener. De zorgverlener moet wel voldoen aan de geldende (kwaliteits)wetgeving.

lid 2

ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief overeengekomen tussen de zorgverlener en ONVZ;
2. als er geen contract is, het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op het moment van behandeling, of
3. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

lid 3

ONVZ vertaalt de kosten van buiten Nederland genoten medisch-specialistische zorg naar het passend Nederlands DBC-zorgproduct en het bijbehorende Wmg-tarief of berekent het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

lid 4

ONVZ vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de gemiddelde wisselkoers in de maand voor de afwikkeling."

- 8.5. Artikel 18 van 'Deel B' van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft de vergoeding van kosten van zorg buiten het woonland en luidt, voor zover hier van belang:

"ONVZ vergoedt de volgende kosten buiten uw woonland: (...)

lid 2 Voorziene behandelingen

- ONVZ vergoedt de buiten uw woonland gemaakte kosten, volgens de voorwaarden van de ONVZ Topfit Internationaal, als er sprake is van een voorziene behandeling. De vergoeding wordt verleend volgens de in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag en het in de voorwaarden genoemde maximum bedrag.
- ONVZ vergoedt de kosten van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), volledig als de zorg is verleend in een door ONVZ erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisfit Internationaal of een andere zorgverzekering maakt deel hiervan uit. Een overzicht van de erkende ziekenhuizen kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. (...)"

- 8.6. In artikel 19 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"ONVZ Zorgassistance

Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf buiten uw woonland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met ONVZ Zorgassistance. Hierbij dient u uw cliëntnummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties. (...)

Als u tijdelijk buiten uw woonland verblijft, vergoedt ONVZ extra dienstverlening door of via ONVZ Zorgassistance.

a. Bij acute ziekte of een ongeval vergoedt ONVZ:

- het geven van garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de betreffende zorginstelling; (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker is woonachtig in Monaco, alwaar hij is geopereerd. Vervolgens is hij voor hartrevalidatie naar Frankrijk gegaan. Tussen partijen is niet in geschil dat de bij verzoeker uitgevoerde hartoperatie in Monaco en aansluitende revalidatie in Frankrijk verzekerde prestaties vormen onder de ziektekostenverzekering, en dat verzoeker hiervoor een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding.

- 9.2. Voor de hartoperatie in Monaco is de ziektekostenverzekeraar, overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering, uitgegaan van de DBC-zorgproductcode 979001199 met als omschrijving: "*CABG | Meest complex | Hartoperatie/hart-/longtransplantatie (...) Bypass operatie bij een aandoening van hart en/of long(vaten)*". Het betreft een code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief was ten tijde van de opname (december 2013) € 13.175,93. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker vergoed. De gehanteerde DBC-zorgproductcode komt de commissie - gelet op de bij verzoeker uitgevoerde ingreep - juist voor.
- 9.3. Aanvullend op de vergoeding voor de hartoperatie heeft de ziektekostenverzekeraar vijf maal een zogenoemde "add-on" vergoed in verband met de ligdagen op de Intensive Care (IC). Hij is hierbij uitgegaan van het DBC-zorgproduct 190141 met als omschrijving: "*IC behandel dag groep 3. Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de IC*". Het betreft een code uit het A-segment, met een bijbehorend tarief van € 2.156,83. Verzoeker is van 29 december 2013 tot en met 10 februari 2014 opgenomen geweest in het ziekenhuis. Volgens opgave van het ziekenhuis aan de ANWB Alarmcentrale is gedurende deze periode sprake geweest van vijf IC-ligdagen. Aangezien een en ander door verzoeker niet is betwist, neemt de commissie het aantal IC-dagen als vaststaand aan. Uit het voorgaande volgt dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot een hogere vergoeding dan die reeds werd verleend voor de hartoperatie, ten laste van de ziektekostenverzekering.
- 9.4. Voor de hartrevalidatie is de ziektekostenverzekeraar, overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering, uitgegaan van het DBC zorgproduct 219799002 met als omschrijving: "*Hartrevalidatie | Klin | Hart- en longrevalidatie*". Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven vrij onderhandelbaar zijn. Volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar is het bijbehorende tarief € 1.336,32. Dit bedrag is aan verzoeker vergoed, zodat hij geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding, ten laste van de ziektekostenverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de kosten van de hartoperatie. Voor de aansluitende revalidatie in Frankrijk heeft overeenkomstig het bepaalde in artikel 18 lid 2 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering vergoeding plaatsgehad - namelijk tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag -, zodat het verzoek niet op basis van deze verzekering kan worden toegewezen.

Garantieverklaring ANWB Alarmcentrale

- 9.6. De voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bieden de mogelijkheid, in geval van acute ziekte of een ongeval, contact op te nemen met ONVZ Zorgassistance. Een verzekerde komt in dat geval terecht bij de ANWB Alarmcentrale, die namens de ziektekostenverzekeraar handelt. Verzoeker heeft - hoewel bij hem sprake was van voorziene zorg - contact opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. Door de ANWB Alarmcentrale is daarna een garantieverklaring gegeven tot kostprijs van de hartoperatie. Verzoeker is van mening dat hij hieruit mocht afleiden dat volledige vergoeding van kosten zou volgen. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.7. Het eerste contact met de ANWB Alarmcentrale dateert van 28 december 2013, een dag vóór de hartoperatie in Monaco. Besproken is dat een vergoeding tot Nederlands tarief mogelijk was, maar dat dit niet de kosten van de operatie zou dekken. Op 3 januari 2014 heeft nog een gesprek plaatsgevonden, waarbij verzoeker is toegezegd dat een garantieverklaring tot kostprijs zou worden afgegeven, maar dat het verschil met het Nederlands tarief achteraf door de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker in rekening zou worden gebracht. Op 6 januari 2014 heeft de ANWB Alarmcentrale aan het ziekenhuis in Monaco een garantieverklaring gegeven ter hoogte van € 54.775,--, zijnde de kostprijs van de hartoperatie.

- 9.8. Uit het voorgaande volgt dat verzoeker, vóórdat hij de ingreep onderging, op de hoogte was van het feit dat een (groot) deel van de kosten voor zijn rekening zou blijven. Gelet op artikel 19 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is het afgeven van de garantieverklaring een service van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker mocht aan de hand van deze garantieverklaring niet erop vertrouwen dat een volledige vergoeding zou volgen.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 januari 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester