

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Indonesië, hartcatheterisatie in combinatie met een dotter-
behandeling, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2013.01224
Zittingsdatum : 18 december 2013

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

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Natura (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 Luxe 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).

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 hartcatheterisatie en een dotterbehandeling, uitgevoerd te Jakarta, Indonesië (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 19 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld voor de hartcatheterisatie een gedeeltelijke vergoeding van € 5.514,16 te verlenen. Bij e-mailbericht van 19 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de vergoeding voor de hartcatheterisatie en dotterbehandeling tezamen € 7.059,33 bedraagt.

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 brief van 25 april 2013 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 brief van 30 augustus 2013 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).

- 3.5. 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 25 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 oktober 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 november 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 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 2013131829) 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 door de ziektekostenverzekeraar het juiste tarief is gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is op 29 november 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 19 december 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. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 6 januari 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker werkte bij de Nederlandse ambassade in Indonesië. In november 2012 werd bij hem tijdens een inspanningstest een vernauwing in één van de hartslagaders geconstateerd. Na de kerstvakantie heeft verzoeker zich voor de behandeling daarvan nader georiënteerd. Op 5 februari 2013 heeft hij per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd om toestemming voor een hartcatheterisatie. Op 19 februari 2013 ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht met de mededeling dat een vergoeding mogelijk was van 100 procent van het Nederlandse tarief, in dit geval € 5.514,16.
 - 4.2. Op 20 februari 2013 legde verzoeker twee vragen voor aan de helpdesk van de ziektekostenverzekeraar. Hij wilde weten wat de vergoeding zou zijn indien tijdens de hartcatheterisatie werd besloten dat hij gelijk gedotterd diende te worden. Tevens heeft hij gevraagd of het mogelijk was een garantieverklaring aan het ziekenhuis te Jakarta te sturen. Op 21 februari 2013 ontving verzoeker antwoord op zijn vragen. De ziektekostenverzekeraar deelde hem mede dat ook in het geval van dotteren aanspraak bestaat op 100 procent van het Nederlandse tarief. Er werd niet gewaar-

schuwd dat kosten voor rekening van verzoeker zouden kunnen blijven en dat de hartcatheterisatie en dotterbehandeling in één bedrag worden vergoed. Via internet had verzoeker achterhaald dat de kosten van beide behandelingen in Nederland hoger liggen dan in Jakarta, zodat hij gerustgesteld was en aldaar de gecombineerde behandeling heeft ondergaan.

4.3. De behandeling in Jakarta kostte € 12.500,--. De vergoeding van de ziektekostenverzekeraar bleek achteraf ongeveer € 7.000,-- te zijn, zodat een bedrag van € 5.500,-- voor rekening van verzoeker is gebleven. Gelet op de gang van zaken bij het verzoek om toestemming verbaast het verzoeker dat hij een deel van de kosten moet dragen. Hij is van mening onjuist te zijn voorgelicht door de ziektekostenverzekeraar. Daarom dient deze de behandeling volledig te vergoeden. Verzoeker deelt verder mede dat indien hij vooraf had geweten van de kosten die nu te zijn laste zijn gebleven, hij voor rekening van zijn werkgever naar Nederland had kunnen reizen en de ingreep daar kostenloos had kunnen ondergaan.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 februari 2013 de eerste e-mail van verzoeker ontvangen. Hierin vraagt hij om vergoeding van de kosten van een hartcatheterisatie in Jakarta. Op 18 februari 2013 heeft verzoeker aanvullende informatie opgestuurd. Op basis hiervan is besloten tot een vergoeding van € 5.514,16.

5.2. Op 20 februari 2013 heeft verzoeker gevraagd wat de vergoeding zou zijn als hij tegelijk gedotterd zou moeten worden. Naar aanleiding van deze e-mail heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om een medisch rapport teneinde te kunnen beoordelen welk tarief in dat geval van toepassing is.

5.3. Op 28 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar de ANWB alarmcentrale ingeschakeld, die een contract heeft met Global Healthcare. Global Healthcare heeft uit hoofde van dat samenwerkingsverband aan het ziekenhuis in Jakarta een garantieverklaring afgegeven voor € 5.514,16.

5.4. Nadat verzoeker op 7 maart 2013 de ingreep had ondergaan, heeft hij de ziektekostenverzekeraar op 8 maart 2013 een operatieverslag gestuurd. Op grond hiervan heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geoordeeld dat een vergoeding kan worden verleend van € 7.059,33.

5.5. Blijkbaar heeft verzoeker voorafgaand aan de operatie overwogen hiervoor naar Nederland terug te keren. Dit was bij de ziektekostenverzekeraar echter niet bekend en is evenmin uit de correspondentie gebleken. De ziektekostenverzekeraar is van mening verzoeker tijdig te hebben geïnformeerd over de vergoeding waarop hij aanspraak heeft. Ook blijkt uit de correspondentie dat verzoeker ervan op de hoogte was dat aanspraak bestond op een vergoeding van 100 percent van het Nederlandse tarief. Hieruit had hij kunnen afleiden dat deze vergoeding niet altijd kostendekkend is.

5.6. Verzekerden die zijn gedetacheerd in het buitenland, kunnen met hogere kosten worden geconfronteerd. Hiervoor biedt de ziektekostenverzekeraar een aparte aanvullende verzekering aan. Deze verzekering is door verzoeker niet afgesloten, maar hij

was van het bestaan hiervan wel op de hoogte. Ook hierdoor had verzoeker kunnen weten dat kosten voor zijn rekening zouden kunnen blijven.

- 5.7. 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 13 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 aanspraak alsnog volledig 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. 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 de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 14 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.(...)”

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en 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. (...)”

- 8.5. Artikel 1.4 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“1.4. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Als u ervoor kiest voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2013, 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 Wmg-tarieven, worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. (...)

- 8.6. De artikelen 1.4, 9 en 14 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).
- 8.7. 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 gebruik maakt van een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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 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.
- 8.9. Artikel 9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Medisch noodzakelijke zorg wegens een ongeval of onvoorziën ziektegeval ontstaan tijdens de eerste 12 maanden van uw verblijf in het buitenland voor vakantie, dienstreizen of studie-doelinden. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De onderhavige kosten zijn gemaakt in Indonesië. Met dit land is geen verdrag op het terrein van ziektekosten gesloten. Derhalve dient te worden getoetst aan de artikel 9 van de zorgverzekering.
- 9.2. Niet in geschil is dat hartcatheterisatie en een dotterbehandeling verzekerde prestaties vormen onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag naar de juistheid van de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding van € 7.059,33.
- 9.3. Beide behandelingen zijn bij verzoeker tijdens één operatie uitgevoerd, zodat de kosten volgens het Nederlandse stelsel in één bedrag in rekening dienen te worden ge-

bracht, en daarom ook in één bedrag worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie voor de hoogte van de vergoeding de DBC-code 0320.11.00.0202.0213 gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving: “Klinisch onderzoek of behandeling door cardiologie”. Het betreft een code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief is € 5.514,16. Na ontvangst van het operatieverslag heeft hij een hogere DBC met de zelfde omschrijving toegepast, namelijk 0320.11.00.0202.0223, met een tarief van € 7.059,33.

- 9.4. Aangezien de Nederlandse tariefsystematiek met ingang van 1 januari 2012 is gewijzigd van DBC-codes naar DOT-codes, had de ziektekostenverzekeraar moeten uitgaan van een DOT-code. Desgevraagd heeft hij medegedeeld dat de DOT-code in de onderhavige situatie 979001219 zou zijn. Dit betreft een code uit het A-segment, met als omschrijving “Dotterbehandeling (met verpleegligdagen) bij een aandoening van hart en/of long(vaten)”, en een tarief van € 6.538,27. De genoemde DOT-code komt de commissie, gelet op de uitgevoerde ingreep en het advies van het CVZ van 27 november 2013, juist voor. Aangezien verzoeker een hogere vergoeding heeft ontvangen dan het bij de DOT-code behorende tarief, heeft hij geen verdere aanspraak op vergoeding.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt enkel dekking voor spoedeisende zorg in het buitenland. Hiervan is in de onderhavige situatie geen sprake, zodat het verzoek niet op basis van deze verzekering kan worden toegewezen.

Onjuiste voorlichting door ziektekostenverzekeraar

- 9.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij door de ziektekostenverzekeraar onjuist is geïnformeerd. Dienaangaande overweegt de commissie dat verzoeker ervan op de hoogte was dat hij een vergoeding zou ontvangen op basis van maximaal 100 percent van het Nederlandse tarief zodat zijn stelling geen doel treft. In eerste instantie heeft hij alleen een aanvraag ingediend voor hartcatheterisatie. Gelet op de stukken was de door de ziektekostenverzekeraar genoemde vergoeding van € 5.514,16 hiervoor kostendekkend.
- 9.7. Het is begrijpelijk dat verzoeker dacht dat ook de dotterbehandeling – die door het ziekenhuis in Jakarta afzonderlijk in rekening is gebracht – op basis van maximaal 100 percent van het Nederlandse tarief zou worden vergoed. Verzoeker heeft hier bij de ziektekostenverzekeraar navraag naar gedaan, maar dit niet bevestigd gekregen. Gelet op het feit dat de vergoeding voor hartcatheterisatie kostendekkend was, heeft verzoeker geconcludeerd dat dit ook voor de dotterbehandeling zou gelden. Zijn vraagstelling aan de ziektekostenverzekeraar was echter niet juist. Het lag naar het oordeel van de commissie op de weg van de ziektekostenverzekeraar – als professionele partij – hierop adequaat te reageren en te antwoorden dat bij de gecombineerde behandeling één tarief van toepassing is. In plaats daarvan heeft de ziektekostenverzekeraar, door te antwoorden dat “ook” voor het dotteren 100% van het Nederlandse tarief zou worden vergoed, en dat de hoogte van de vergoeding te zijner tijd zou worden bepaald, de indruk gewekt dat sprake was van twee afzonderlijke tarieven, zoals door verzoeker kennelijk werd verondersteld. Omdat het Nederlandse tarief voor catheterisatie in dezelfde orde van grootte ligt als het tarief in Indonesië,

hoefde betrokkene er geen rekening mee te houden dat vanwege de dotterbehandeling een aanzienlijk bedrag voor zijn rekening zou blijven. De in rekening gebrachte kosten voor deze behandeling zijn daarbij niet uitzonderlijk hoog. De commissie oordeelt daarom dat recht bestaat op volledige vergoeding.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.7.
- 9.9. 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, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.7.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 29 januari 2014,

Voorzitter