

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E en F, beide te G
Zaak : China, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2011.01933
Zittingsdatum : 27 juni 2012

1. Partijen

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

tegen

1) E te G, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering 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 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 geneeskundige zorg, uitgevoerd in Shanghai (China) (hierna: de aanspraak). Bij ongedateerd uitkeringsbericht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 1.356,--, worden vergoed.

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 5 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een aanvullende vergoeding van € 548,-- te verlenen.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 10 januari 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij e-mail van 1 februari 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 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 april 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 april 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 mei 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar is op 27 juni 2012 telefonisch gehoord. Er is meerdere malen getracht verzoeker telefonisch te bereiken op het door hem op het antwoordformulier vermelde telefoonnummer. Enkele malen volgde een "in gesprek"-toon, en eenmaal het bericht dat de lijn bezet was. Verzoeker is daarop in de gelegenheid gesteld schriftelijk op het verslag van de hoorzitting te reageren. Hij heeft bij e-mail van 9 juli 2012 gereageerd. Een afschrift van dit stuk is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker woont sinds 2004 in Shanghai en heeft bij de ziektekostenverzekeraar een buitenlandpolis gesloten, waarvoor hij een hoge premie betaalt. Desalniettemin weigert de ziektekostenverzekeraar de volledige kosten van de door hem genoten geneeskundige zorg te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar hanteert de in Nederland van toepassing zijnde tarieven. Deze zijn in China echter niet altijd kostendekkend.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar is bij de bepaling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van de DBC-code voor een TIA. Na onderzoek is echter gebleken dat verzoeker geen TIA heeft gehad. De onderzoeken die tot de juiste diagnose hebben geleid, worden niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 4.3. Verzoeker heeft bij e-mail van 9 juli 2012 ter aanvulling aangevoerd dat hij op 4 juli 2011 op straat in elkaar is gezakt. Hij raakte gedurende acht minuten buiten bewustzijn en verloor daarbij urine en ontlasting. Verzoeker is naar het plaatselijke medisch centrum gebracht waar hij zorgvuldig is onderzocht. Een tweede onderzoek vond plaats in samenwerking met de neuroloog. Beide artsen vonden het raadzaam de onderzoeken te doen die terug te vinden zijn in de documentatie. Het was niet duidelijk waarom verzoeker buiten bewustzijn was geraakt. Hij is daarom enkele uren ter observatie in de kliniek gebleven, en daarna op eigen verzoek naar huis gebracht. Vlak voor zijn vertrek vond een tweede gesprek plaats. De ziektekostenverzekeraar gaat ten onrechte enkel uit van een TIA. Alle onderzoeken moeten worden vergoed; niet alleen de onderzoeken die met de TIA te maken hebben.
- 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 ziektekostenverzekering biedt dekking voor de onderhavige zorg tot maximaal het in Nederland van toepassing zijnde tarief. De ziektekostenverzekeraar is uitgegaan

van DBC-code 03.30.11.00.1112.0111 met een bijbehorend tarief van € 955,-- respectievelijk DBC-code 03.20.11.00.0101.0101 met een bijbehorend tarief van € 401,--. Omdat verzoeker heeft medegedeeld dat sprake was van dagopname, heeft de ziektekostenverzekeraar bij heroverweging besloten een aanvullende vergoeding van € 94,-- respectievelijk € 454,-- te verlenen. De bijbehorende DBC-codes zijn 03.11.00.1112.0112 respectievelijk 03.11.00.0101.0102.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de huidige verzekering op 1 mei 2010 is aangevraagd. Op 6 mei 2010 zijn het polisblad en de polisvoorwaarden verzonden. Hier staat onder meer in dat kosten worden vergoed op basis van het Nederlandse tarief.

5.3. 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 'Deel A Algemene Bepalingen' van de ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover 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 € 1.904,-- in te willigen, ten laste van de ziektekostenverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.

8.2. Artikel 1 van 'Deel B Omvang Dekking' van de ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

1. de wettelijke of marktconforme tarieven die in het woonland gelden op het moment van behandeling, met een maximum van het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag;

2. indien een dergelijk tarief niet bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag;

3. bij een contract tussen zorgverlener en verzekeraar echter conform hetgeen tussen hen is overeengekomen. (...)"

8.3. Artikel 4 van 'Deel B Omvang Dekking' van de ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is - zo dat gebruikelijk is - een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of bedrijfsarts, behoudens voor onvoorziene behandelingen. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van

deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 16.

lid 2 a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. In afwijking daarvan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de ziektekostenverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat de aan verzoeker verleende zorg een verzekerde prestatie vormt op grond van de ziektekostenverzekering en dat verzoeker hiervoor een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding.
- 9.2. Vast staat dat de ziektekostenverzekering dekking biedt tot maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Verzoeker is door het aangaan van de verzekering met deze voorwaarde akkoord gegaan. In Nederland wordt uitgegaan van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), waarin alle kosten van onderzoeken en behandeling zijn begrepen. De ziektekostenverzekeraar heeft ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding de DBC-codes 03.30.11.00.1112.0111 en 03.20.11.00.0101.0101 gehanteerd, met als omschrijving: "Reguliere zorg // TIA (incl. amaurosis fugax) / reguliere behandeling poliklinisch" respectievelijk "Reguliere zorg // geen aanwijzingen voor cardiale afwijkingen / reguliere behandeling/geen behandeling poliklinisch". De ziektekostenverzekeraar is na heroverweging overgegaan tot aanpassing van de DBC-codes, waarbij is uitgegaan van dagopname. Het betreft DBC-codes uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat de maximale vergoeding op basis van genoemde DBC-codes in totaal € 1.904,- bedraagt. Verzoeker heeft de juistheid van dit bedrag niet gemotiveerd bestreden, doch enkel opgemerkt dat de ziektekostenverzekering in China niet steeds kostendekkend is. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 9.3. Gelet op de informatie die in het dossier aanwezig is, is verzoeker op 4 juli 2011 onwel geworden. In het ziekenhuis hebben diverse onderzoeken plaatsgevonden, onder andere op verdenking van een TIA. Gebleken is dat geen TIA heeft plaatsgevonden, maar dat hierop wel een verhoogd risico bestond. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-codes komen de commissie dan ook juist voor. Dat de bijbehorende tarieven voor verzoeker in de onderhavige situatie niet kostendekkend zijn, maakt het vorenstaande niet anders.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

Zeist, 11 juli 2012,

Voorzitter