



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van erfgenaam van wijlen C, vertegenwoordigd door D te E,
tegen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten

Zaak : Buitenlandpolis, Thailand, medisch-specialistische zorg, hoogte vergoeding, terugvordering,
vervoerskosten

Zaaknummer : 201601924

Zittingsdatum : 24 januari 2018

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

(Voorwaarden ziektekostenverzekering 2013, art. 6:238 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van erfgenaam van wijlen C, hierna te noemen: erflaatster, vertegenwoordigd door D te E,

tegen

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie waren verzoeker (verzekeringnemer) en erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basisfit Internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 medisch-specialistische zorg ten behoeve van erflaatster in Thailand gedurende de periode van mei 2013 tot en met oktober 2013 (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft, door tussenkomst van de alarmcentrale, diverse garanties afgegeven en bedragen betaald aan het betrokken ziekenhuis in Thailand.

3.2. Verzoeker heeft daarnaast bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van vervoer van erflaatster en hemzelf van Thailand naar Nederland.

3.3. Bij brief van 9 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een bedrag van € 19.657,33 dient te worden terugbetaald ter zake van reeds vergoede zorgkosten.

3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 4 december 2014, 29 januari 2015, 10 april 2015 en 10 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. In de brief van 29 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar tevens medegedeeld dat geen vergoeding wordt verleend voor de vervoerskosten.

3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.6. Bij brief van 8 augustus 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van de terugvordering, en aan hem een vergoeding toe te kennen voor de vervoerskosten (hierna: het verzoek).

3.7. 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.

3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 november 2017 aan verzoeker gezonden.

3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 december 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 december 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

3.10. Verzoeker is op 24 januari 2018 zonder bericht van verhindering niet ter zitting verschenen. De commissie heeft geprobeerd om de gemachtigde van verzoeker telefonisch te bereiken op het in het dossier bekende nummer, maar de gemachtigde was niet bereikbaar. Van verzoeker is geen telefoonnummer bekend bij de commissie.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker en erflaatster zijn in mei 2010 geëmigreerd naar Thailand en hebben toen de ziektekostenverzekering afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar. In mei 2013 is in het Bumrungrad ziekenhuis te Bangkok bij erflaatster kanker geconstateerd. Zij is in dit ziekenhuis onder behandeling geweest gedurende de periode van mei 2013 tot en met oktober 2013. Begin november 2013 zijn verzoeker en erflaatster met hulp van de ANWB alarmcentrale geremigreerd naar Nederland, en is de behandeling van erflaatster voortgezet in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam. Erflaatster is op 17 mei 2014 ten gevolge van haar ziekte overleden.

4.2. In Thailand is het gebruikelijk en noodzakelijk zorg vooraf te betalen. Hierdoor is de ziektekostenverzekeraar gedwongen geweest, meestal door tussenkomst van de ANWB alarmcentrale, alle kosten vooraf te accorderen en te betalen. Dit heeft ertoe geleid dat medewerkers van de administratie van het ziekenhuis met elke nota aan het bed van erflaatster hebben gestaan met het verzoek deze te voldoen. De broer van erflaatster heeft hierin een intensieve bemiddelingsrol gehad. Elke keer moest de ziektekostenverzekeraar worden overtuigd van de noodzaak van betaling. Voormelde procedure heeft ertoe geleid dat niet alle nota's zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Omdat het niet uitvoeren van behandelingen geen optie was in de situatie waarin erflaatster verkeerde, zijn de nota's die de ziektekostenverzekeraar niet wilde betalen, door verzoeker voldaan. Verzoeker heeft totaal THB 701.150,- (€ 17.528,75) aan nota's rechtstreeks aan het ziekenhuis voldaan.

De zelf betaalde nota's, het gedwongen verblijf in Bangkok, en de repatriëring naar Nederland waren een dermate grote aanslag op de financiën, dat verzoeker en erflaatster gedwongen waren de emigratie ongedaan te maken en terug te keren naar Nederland, alwaar de behandeling is voortgezet.

4.3. Op 9 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan verzoeker gezonden waarin is vermeld dat de berekeningen hebben aangetoond dat een bedrag van € 19.943,83 te veel is vergoed. Dit zou het verschil zijn tussen de kosten in Thailand en de Nederlandse norm. In de brief van 4 december 2014 schrijft de ziektekostenverzekeraar: "*Voor de medische behandeling van [erflaatster] heeft onze alarmcentrale volledige vergoeding verleend. Wij hebben de ANWB voor deze kosten schadeloos gesteld. Nadat ONVZ alle nota's van de ANWB heeft ontvangen, kon pas bepaald worden wat het Nederlands tarief voor de behandeling(en) was. Uit deze controle is gebleken dat de kosten boven het Nederlandse tarief uitkwamen.*" Vervolgens wordt in de brief van 29 januari 2015 door de ziektekostenverzekeraar vermeld: "*[Erflaatster] had een polis met een beperkte dekking, namelijk tot éénmaal het Nederlands tarief. Er is destijds door ONVZ uit coulance een hogere garantie afgegeven tot tweemaal Nederlands tarief met dien [ten] verstande dat de kosten boven éénmaal Nederlands tarief door de verzekeraar zou worden teruggevorderd.*" De

ziektekostenverzekeraar heeft dit besluit evenwel nooit medegedeeld aan verzoeker en erflaatster, zodat zij hiervan destijds onwetend waren. Tevens is in de brief van 29 januari 2015 het volgende opgenomen: "*Die terugvordering is tot stand gekomen nadat we na ontvangst van alle facturen het Nederlandse tarief hebben bepaald.*" Tot slot deelt de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 10 september 2015 mede dat niet meer inhoudelijk wordt gereageerd op de kwestie en dat het teveel betaalde bedrag door verzoeker dient te worden terugbetaald.

- 4.4. De kern van het geschil is dat de ziektekostenverzekeraar heeft verzuimd de zorgplicht op voldoende wijze inhoud te geven.
- Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar onrechtmatig handelt door een bedrag terug te vorderen, een jaar nadat de behandeling in Thailand is beëindigd. Volgens de ziektekostenverzekeraar kon pas na ontvangst van de nota's van de alarmcentrale een beoordeling worden uitgevoerd. Uit het intensieve contact dat heeft plaatsgevonden mag echter anders worden geconcludeerd. Bovendien is in februari 2014 het Bumrungrad ziekenhuis verzocht om een overzicht van alle nota's. Binnen een week werd deze informatie aangeleverd, compleet met alle nota's. Dat de ziektekostenverzekeraar pas na een jaar de kosten van het Bumrungrad ziekenhuis heeft beoordeeld moet daarom zijn oorzaak vinden in een falende organisatie. Dit kan echter niet leiden tot een claim richting verzoeker.
- Volgens de ziektekostenverzekeraar was erflaatster ervan op de hoogte dat coulance werd verleend en dat hieruit een verplichting tot terugbetaling zou kunnen volgen. Uit niets blijkt echter dat de ziektekostenverzekeraar dit op een ordentelijke manier heeft medegedeeld aan erflaatster of verzoeker. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar twee e-mailberichten waaruit zou blijken dat erflaatster op de hoogte was, maar dit betreft een e-mailwisseling tussen de ziektekostenverzekeraar en de ANWB-alarmcentrale. Kennelijk is in het hele dossier geen schriftelijke vastlegging te vinden van correspondentie met erflaatster over deze materie. Er is dus wel onderling gecommuniceerd, maar niet met erflaatster, althans dit is niet in het dossier te vinden.
- Zelfs als wordt verondersteld dat erflaatster op de hoogte was van een en ander, blijft de vraag hoe zij hiervan de gevolgen kon overzien. Een verzekerde kan niet op de hoogte zijn van de Nederlandse norm. Zij kon derhalve niet zelfstandig vaststellen dat sprake was van overschrijding hiervan. De materie is ingewikkeld en uit niets blijkt dat de ziektekostenverzekeraar erflaatster op de hoogte heeft gehouden van een eventuele navordering. Het kan niet zo zijn dat de ziektekostenverzekeraar de overschrijding niet voortschrijdend bijhoudt, omdat het niet voor zijn rekening en risico komt, met andere woorden omdat het toch bij verzekerde kan worden nagevorderd.
- De broer van erflaatster heeft met veel medewerkers van de ziektekostenverzekeraar en de alarmcentrale contact gehad, hetgeen begrijpelijk is omdat het om grote organisaties gaat. Het adequaat voeren van een zorgvuldige en volledige administratie en dossiers wordt hierdoor nog belangrijker. Er heeft veel overleg tussen de broer van erflaatster en de alarmcentrale (met op de achtergrond de ziektekostenverzekeraar) plaatsgevonden over het wel of niet vergoeden van ziekenhuisnota's. Dit leidde begrijpelijkerwijs tot veel stress bij erflaatster en verzoeker. Elke keer als een nota geheel of gedeeltelijk werd vergoed, werd dit ervaren als een grote opluchting. Bovendien was de ziektekostenverzekeraar ervan op de hoogte dat het Bumrungrad ziekenhuis een duur ziekenhuis is. Van de ziektekostenverzekeraar mag worden verwacht dat met de verzekerde in overleg wordt getreden over de gevolgen van de keuze voor een bepaald ziekenhuis. Door voormelde gang van zaken, alsmede het feit dat een deel van de kosten voor eigen rekening moest worden genomen (beoordeeld en te duur bevonden), mochten erflaatster en verzoeker ervan uitgaan dat de ziektekostenverzekeraar een adequate beoordeling van de vergoeding had uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft tot op heden niet duidelijk kunnen maken wat het criterium is geweest om vergoeding te weigeren of juist een garantie te verstrekken.
- De gepretendeerde welwillendheid van de ziektekostenverzekeraar heeft geleid tot een financieel debacle van totaal € 37.450,--, te weten de zorgkosten die voor eigen rekening zijn gebleven van ca. € 17.500,-- en de terugvordering van ca. € 19.950,--.
- Verzoeker en erflaatster waren niet ervan op de hoogte dat sprake was van een coulance-vergoeding. Als de terugvordering terecht zou zijn, dan hebben verzoeker en erflaatster zonder het te weten en te willen een schuld opgebouwd. Door de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar (hij claimt de kosten uit coulance te hebben voorgeschoten) zijn verzoeker en erflaatster niet in

staat geweest tijdig te besluiten terug te keren naar Nederland. Waren zij op de hoogte geweest van de consequenties, dan hadden zij dit besluit eerder kunnen en moeten nemen. Hierbij moet in overweging worden genomen dat verzekerden die in het buitenland worden geconfronteerd met een verwoestende ziekte, zich in een zeer kwetsbare positie bevinden. Van de ziektekostenverzekeraar mag dan worden verwacht dat op een adequate manier inhoud wordt gegeven aan de zorgplicht, en dat verzekerden niet worden opgezadeld met een onverwachte kostenpost.

Tot slot moet het verzoeker van het hart dat het simpelweg sturen van een korte brief, meer dan een jaar nadat de behandeling van erflaatster in Thailand was beëindigd, zonder verdere toelichting, met de mededeling dat het gevorderde bedrag over drie weken zal worden geïncasseerd, beslist niet getuigt van behoorlijk handelen.

4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft inmiddels een incassogemachtigde ingeschakeld voor de inning van de terugvordering, waarbij incassokosten en rente worden opgevoerd. Verzoeker is, zoals duidelijk moge zijn, niet akkoord met deze terugvordering. De ziektekostenverzekeraar is verzocht de incassoprocedure op te schorten lopende de procedure bij de commissie.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De door verzoeker afgesloten ziektekostenverzekering biedt een beperkte dekking, namelijk tot éénmaal het Nederlands tarief. De Nederlandse basisverzekering is een verplichte verzekering voor alle ingezetenen in Nederland, die een door de overheid vastgesteld verzekerd pakket kent. Jaarlijks wordt door de overheid een verzekerd pakket samengesteld dat de zorgverzekeraars verplicht moeten opnemen in de basisverzekering. De ziektekostenverzekering lijkt qua dekking en voorwaarden op de Nederlandse basisverzekering, maar daarmee houdt de vergelijking op. De ziektekostenverzekering is namelijk een particuliere verzekering. Een particuliere verzekering heeft de vorm van een overeenkomst tussen twee partijen. De premie voor de ziektekostenverzekering is gebaseerd op de in Nederland gebruikelijke zorg en de in Nederland geldende tarieven.

Het Nederlands tarief voor medisch-specialistische zorg wordt vastgesteld aan de hand van een Diagnose Behandelcombinatie (hierna: DBC). Een DBC-zorgproduct beslaat het hele traject van diagnosestelling tot en met (eventuele) behandelingen die daarop volgen. Het gaat om alle activiteiten van het ziekenhuis en de betrokken medisch specialisten die voortvloeien uit de zorgvraag. De diagnose en de behandeling bepalen samen één tarief dat het ziekenhuis in rekening brengt na beëindiging van de behandeling of sluiting van de DBC. Dit bedrag is de totale vergoeding voor de volledige behandeling.

Het Nederlandse marktconforme tarief werd destijds door de ziektekostenverzekeraar bepaald door het gemiddelde te nemen van de passantentarieven van vijftien van Nederlandse ziekenhuizen.

De facturering door buitenlandse ziekenhuizen verloopt anders. De ziektekostenverzekeraar kan hierdoor het Nederlandse (marktconforme) tarief pas vaststellen, nadat alle facturen zijn ontvangen.

5.2. Voor de medische behandeling van erflaatster heeft de alarmcentrale volledige vergoeding verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft de alarmcentrale voor deze kosten schadeloos gesteld. Nadat alle nota's van de alarmcentrale waren ontvangen, is het Nederlands tarief voor de behandeling vastgesteld. Voor de behandeling van erflaatster zijn verschillende DBC-zorgproducten bepaald, met de bijbehorende Nederlandse marktconforme tarieven. Hierbij is gebleken dat de kosten het Nederlands tarief overstijgen. Bij verzoeker is daarom een bedrag van € 19.657,33 teruggevorderd. De ziektekostenverzekeraar stelt dat destijds uit coulance een hogere garantie, tot tweemaal het Nederlands tarief, is afgegeven, met dien verstande dat de kosten die boven éénmaal het Nederlands tarief uitkomen zouden worden teruggevorderd. Die terugvordering is als gezegd tot stand gekomen na ontvangst van alle nota's.

Verzoeker dient genoemd bedrag terug te betalen, eventueel door middel van een regeling.

5.3. De kosten van het vervoer naar Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking, aangezien geen sprake is van repatriëring. Repatriëring is uitsluitend aan de orde indien men vanuit het

buitenland terug wordt vervoerd naar het woonland. Het woonland van erflaatster was ten tijde van de behandeling Thailand. De alarmcentrale is hiervan op 28 oktober 2013 op de hoogte gebracht.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar meent dat hij duidelijk is geweest in de communicatie, meer specifiek dat de kans bestond dat kosten zouden worden teruggevorderd.

Voor de volledigheid is contact opgenomen met de ANWB-alarmcentrale en is het dossier van erflaatster geraadpleegd. Er zijn notities voorhanden van gesprekken op 1 en 5 augustus 2013 met de broer van erflaatster. Op 1 augustus 2013 rond 15.00 uur heeft de alarmcentrale aan deze medegedeeld dat bij wijze van uitzondering garant wordt gestaan voor twee maal het Nederlands tarief, maar dat de kosten die boven het Nederlands tarief uitkomen, moeten worden terugbetaald. Dit is nogmaals besproken op 5 augustus 2013 rond 11.20 uur, en de broer van erflaatster heeft verklaard dat het hem duidelijk was. Een en ander is helaas niet schriftelijk bevestigd. De ANWB-alarmcentrale bevestigt dergelijke afspraken pas vanaf 1 januari 2014 schriftelijk.

De ziektekostenverzekeraar is zeer welwillend richting erflaatster (en verzoeker) geweest door, gezien de situatie, het voorfinancieringsrisico te dragen tot maximaal twee keer het Nederlands tarief. Als dit niet was gedaan, was de kans groot geweest dat erflaatster niet meer kon worden behandeld in het Bumrungrad ziekenhuis in Bangkok. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar willen voorkomen. Ook wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat het Bumrungrad ziekenhuis, waar erflaatster is behandeld, bekend staat als een zeer luxe ziekenhuis waar hoge tarieven worden berekend.

De ziektekostenverzekeraar verwijst naar e-mailwisselingen van een medewerker van de ANWB-alarmcentrale en de medische dienst van de ziektekostenverzekeraar van 14 juni 2013 en 31 juli 2013. Hierin komt duidelijk naar voren dat is gesproken over een garantie van tweemaal het Nederlands tarief en de mogelijkheid van een terugvordering.

Voorts wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat voor vergoeding van eventuele meerkosten een aanvullende verzekering kan worden afgesloten. Erflaatster (en verzoeker) heeft hier niet voor gekozen, waardoor slechts recht bestond op éénmaal het Nederlands tarief. Het is niet eerlijk tegenover de mensen die wel een aanvullende verzekering hebben afgesloten om de meerkosten te vergoeden c.q. de kosten die ten behoeve van erflaatster te zijn gemaakt en die boven het Nederlandse tarief uitkomen, kwijt te schelden.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar ziet geen toegevoegde waarde in het overleggen van het dossier van de ANWB-alarmcentrale. Dit mede gezien het feit dat er - bij wijze van uitzondering - een garantie is afgegeven voor vergoeding van tweemaal het Nederlands tarief, terwijl erflaatster op grond van de ziektekostenverzekering aanspraak had op vergoeding van éénmaal het Nederlands tarief. Bovendien verstrekt de ANWB het dossier niet zonder toestemming van betrokkene, dit in verband met de Wet bescherming persoonsgegevens.

- 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 Deel A 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 terecht het bedrag van € 19.657,33 van verzoeker vordert, alsmede of de ziektekostenverzekeraar is gehouden een vergoeding toe te kennen voor de vervoerskosten.

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:

"lid 1 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. (...)

lid 2 a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 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.

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

*Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. ONVZ vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
(...)"*

- 8.3. Artikel 1 van Deel B van de ziektekostenverzekering betreft de restitutiebasis en 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 vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de gemiddelde wisselkoers in de maand voor de afwikkeling."

- 8.4. Deel C van de ziektekostenverzekering betreft 'Zorgdiensten' en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

ONVZ Zorgassistance

Als u buiten uw woonland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met ONVZ Zorgassistance. Dit geldt ook bij de noodzaak tot repatriëring. Hierbij dient u uw cliëntnummer of burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer (...)."

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Ten behoeve van erflaatster was een zogenoemde buitenlandpolis op restitutiebasis afgesloten, een particuliere verzekering tegen ziektekosten.

De ziektekostenverzekering biedt, op grond van artikel 4 van Deel B, aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg. De zorg dient te zijn verleend door een medisch-specialist en de verzekerde dient te beschikken over een verwijzing van een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts. Bij onvoorziene (i.e. spoedeisende) zorg vervalt de voorwaarde van een verwijzing.

De vergoeding betreft de medisch-specialistische behandeling en het verblijf. Tevens worden de kosten vergoed van de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

Conform artikel 1 van Deel B van de ziektekostenverzekering, vergoedt de ziektekostenverzekeraar de kosten tot maximaal (i) het tarief dat is overeengekomen met de zorgverlener, (ii) bij ontbreken van een overeengekomen tarief, het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of (iii) bij ontbreken van een Wmg-tarief het in Nederland geldende marktconforme tarief.

- 9.2. Erflaatster heeft zich in mei 2013 tot het Bumrungrad ziekenhuis in Bangkok gewend, alwaar kanker bij haar werd gediagnosticeerd. In de periode van mei 2013 tot en met oktober 2013 is zij in dit ziekenhuis onder behandeling geweest. Erflaatster heeft zich in mei 2013 tot de ziektekostenverzekeraar gewend in verband met deze - onvoorziene - zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft erflaatster verwezen naar de ANWB-alarmcentrale, alwaar een dossier is aangemaakt. Vervolgens is een deel van de van het ziekenhuis ontvangen nota's - al dan niet met tussenkomst van de alarmcentrale - betaald door de ziektekostenverzekeraar. Andere nota's zijn door verzoeker voldaan. Door de ziektekostenverzekeraar is een substantieel deel van het betaalde bedrag, te weten € 19.657,33, teruggevorderd.
- 9.3. Alvorens in te gaan op de kwestie van de hoogte van de terugvordering, merkt de commissie op dat in de zaak sprake is geweest van het afgeven van een garantieverklaring door de ziektekostenverzekeraar. Hierbij is als uitgangspunt genomen dat de kosten uit coulance zouden worden voorgesloten tot maximaal tweemaal het toepasselijke Nederlands tarief. Anders dan verzoeker lijkt te veronderstellen, kan uit het afgeven van een garantieverklaring niet worden geconcludeerd dat recht bestaat op een hogere vergoeding dan die welke voortvloeit uit artikel 1 van Deel B van de ziektekostenverzekering. Op welke wijze dit al dan niet met verzoeker is gecommuniceerd, kan in het midden blijven. De commissie stelt voorts vast dat het hier een restitutiepolis betreft, waarbij de vrijheid van keuze van zorgaanbieder een gegeven vormt. Dat is gekozen voor een 'duur' ziekenhuis, kan de ziektekostenverzekeraar daarom niet worden verweten. Verder wordt geconstateerd dat een eventuele vordering van de ziektekostenverzekeraar nog niet is verjaard. Waar het gaat om de hoogte van de uiteindelijke vergoeding en de verrekening met de voorgesloten bedragen, geldt het volgende.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van de nota's en de informatie van de alarmcentrale de vergoeding voor de medisch-specialistische zorg vastgesteld, waarbij is uitgegaan van diverse DBC's. Ten aanzien van de bij deze DBC's behorende tarieven heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat deze zijn gebaseerd op de gemiddelde tarieven van vijftien Nederlandse ziekenhuizen. Deze berekening is toegepast bij ontbreken van met de zorgaanbieder overeengekomen tarieven en Wmg-tarieven. De commissie overweegt hiertoe dat dient te worden vastgesteld dat artikel 1 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering op het punt van de wijze van berekenen van het 'marktconforme' tarief onvoldoende duidelijk is. In een dergelijk geval prevaleert de voor verzoeker gunstigste uitleg (artikel 6:238, tweede lid, BW). Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding niet kan beperken tot de gemiddelde passantentarieven, behorend bij de diverse DBC's, zoals is gebeurd. De vraag is vervolgens wat dan wel het 'marktconforme' tarief is. Dienaangaande overweegt de commissie dat de passantentarieven van ziekenhuizen het uitgangspunt vormen, aangezien in de verzekeringsvoorwaarden nadrukkelijk wordt aangesloten bij de Nederlandse situatie, en in die situatie de passantentarieven veelal de hoogste tarieven zijn die door de ziekenhuizen rechtsgeldig in rekening mogen worden gebracht. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde toepassing van een gemiddelde van de (passanten)tarieven van vijftien door de ziektekostenverzekeraar gekozen ziekenhuizen volgt daarentegen niet uit de polisvoorwaarden. Voorts valt niet in te zien waarom hierbij specifiek van deze vijftien ziekenhuizen zou moeten worden uitgegaan. De commissie merkt hierbij op dat ook voor het hoogste passantentarief geldt dat dit is

gebaseerd op de Wmg en door de zorgaanbieder rechtmatig in rekening mag worden gebracht. Om die reden kan het verweer van de ziektekostenverzekeraar niet slagen.

De hoogste passantentarieven, behorende bij de toepasselijke DBC's, dienen daarom als uitgangspunt te worden genomen voor de berekening van de vergoeding. Hierbij dienen alle bij de ziektekostenverzekeraar bekende ziekenhuisnota's te worden meegenomen in de berekening. In afwachting van de uitkomst van een en ander is de ziektekostenverzekeraar gehouden de incassomaatregelen op te schorten, nu de hoogte van de betreffende vordering immers nog niet kan worden bepaald.

- 9.5. Erflaatster en verzoeker zijn in november 2013 - mede gezien hun financiële situatie - geremigreerd naar Nederland. Het vervoer van Thailand naar Nederland is in samenspraak met de alarmcentrale geschied. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de vervoerskosten. De ziektekostenverzekeraar heeft dit geweigerd, omdat geen sprake is van repatriëring. Op het moment van vervoer was het woonland van erflaatster (en verzoeker) immers Thailand, zodat van terugkeer naar het woonland geen sprake is. De commissie onderschrijft de stelling van de ziektekostenverzekeraar in dezen. De remigratie is een keuze geweest van erflaatster en verzoeker, en hoewel deze keuze samenhangt met de gezondheidssituatie van erflaatster en de financiële situatie, is geen sprake van repatriëring. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de vervoerskosten.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar alle bij hem ingediende en eerder door hem afgewezen nota's van de onderhavige ziekenhuisopname opnieuw dient te beoordelen en te vergoeden, uitgaande van de hoogste passantentarieven in Nederland, behorende bij de toepasselijke DBC's. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe zoals is vastgesteld in 9.6.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 7 februari 2018,

A.I.M. van Mierlo