



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E en F, beide te G
Zaak : Verenigde Arabische Emiraten, ziekenhuisopname, vordering voorgeschoten zorgkosten
Zaaknummer : 201302468
Zittingsdatum : 1 oktober 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 7:941 BW)

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 kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (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 Plus 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 door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 29 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een nota gezonden voor een bedrag van € 7.063,30 ter zake van een ziekenhuisopname in Abu Dhabi, Verenigde Arabische Emiraten.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 juli 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoeker heeft zich hierop nogmaals bij de ziektekostenverzekeraar beklagd over diens beslissing. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 5 september 2013 een aanmaning gezonden voor een bedrag van € 6.999,35.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van e-mailbericht van 17 februari 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van de vordering (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 juli 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 augustus 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 1 augustus 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 september 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014097728) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de juiste DBC productcode is toegepast. Deze DBC is passend voor zowel de behandeling van een (beginnende) pneumonie als voor de behandeling van een sepsis. Verschillen in de DBC zitten vooral in de duur van de opname. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 10 september 2014 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 oktober 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 6 oktober 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 oktober 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft een verstandelijke beperking en woont in een woonbegeleidingscentrum. Op 22 maart 2012 is verzoeker, tezamen met zijn broer, gearriveerd in Abu Dhabi voor familiebezoek. Hij was erg verzwakt en vertoonde uitvalverschijnselen. Op 24 maart 2012 was zijn toestand niet verbeterd en is besloten naar het Sheikh Khalifa Medical City ziekenhuis te gaan. Aldaar is verzoeker opgenomen op verdenking van een lithium vergiftiging. Na onderzoeken bleek dat sprake was van een beginnende longontsteking. Verzoeker heeft in het ziekenhuis antibiotica, suikers en zouten toegediend gekregen. Gedurende de ziekenhuisopname is verzoeker vergezeld door zijn broer. De communicatie liep via hem alsmede de toediening van de reguliere medicatie (uit Nederland). Het verblijf in het ziekenhuis betrof een normale opname en standaard behandeling op een vierpersoonskamer. Reeds na één dag was de gezondheidstoestand van verzoeker aanzienlijk verbeterd. Uiteindelijk is hij op 27 maart 2012 ontslagen uit het ziekenhuis, waarbij hij een antibioticakuur heeft meegekregen.
- 4.2. De broer van verzoeker heeft diverse malen contact gehad met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. Op 24 maart 2012 is aan de alarmcentrale doorgegeven dat verzoeker geen reisverzekering heeft. Aangezien het een beginnende longontsteking betrof en er geen complicaties waren, werd door de betreffende medewerker medegedeeld dat de vergoeding geen probleem zou zijn omdat alles binnen de marge van de verzekering zou vallen. Op 25 maart 2012 heeft de alarmcentrale een fax naar het ziekenhuis gestuurd met de volgende boodschap: "*the patient holds a valid insurance that covers the medical expenses*". Diezelfde dag

heeft de alarmcentrale de broer van verzoeker bericht dat alles in orde was wat betreft de kosten van de ziekenhuisopname.

- 4.3. Verzoeker is het niet eens met de nota van de ziektekostenverzekeraar voor de ziekenhuisopname.
Ten eerste vermeldt de rekening een behandeling IM Septicemia (bloedvergiftiging). Deze behandeling heeft echter niet plaatsgevonden, en tevens niet een hiermee vergelijkbare behandeling. Verzoeker heeft - als gezegd - na het onderzoek op de Eerste Hulp op een reguliere vierpersoonskamer gelegen en aldaar geen specifieke medische behandeling gehad. Uit navraag bij een ziekenhuis in Nederland is gebleken dat voor het vaststellen van bloedvergiftiging slechts twee kleine onderzoeken nodig zijn, en dat voor een fractie van het bedrag dat het ziekenhuis in rekening heeft gebracht.
Ten tweede is het onacceptabel dat de ziektekostenverzekeraar een te hoge factuur zonder meer betaalt, zonder hierover contact te hebben opgenomen met (de broer van) verzoeker. De broer van verzoeker heeft namelijk bij herhaling gevraagd hem te informeren in geval van bijzonderheden. Zowel de alarmcentrale als de ziektekostenverzekeraar is niet kritisch geweest aangaande de door het ziekenhuis ingediende rekeningen. Verzoeker is hier thans de dupe van, want het te veel betaalde bedrag wordt nu van hem gevorderd.
Ten derde is het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat verzekerden zijn aangewezen op een reisverzekering nu toch reeds maximaal 200% van het Nederlandse tarief ten laste van de zorgverzekering in combinatie met de aanvullende ziektekostenverzekering wordt vergoed.
Ten vierde heeft de alarmcentrale het ziekenhuis per fax bericht dat verzoeker verzekerd was. Dit is op de eerste dag van de opname tevens telefonisch bevestigd aan de broer van verzoeker. Ondanks het ontbreken van een reisverzekering zou verzoeker niet worden geconfronteerd met extra kosten, omdat de kosten van zorg in Abu Dhabi ongeveer gelijk zijn aan de Nederlandse tarieven. De dekking van 200% van het Nederlandse tarief zou dus ruim voldoende zijn. Verzoeker concludeert dat de nota van de ziektekostenverzekeraar onjuist is.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat uit de ziekenhuisnota blijkt dat het ging om sepsis, maar dat uit het verhaal van verzoeker en de stukken van de alarmcentrale blijkt dat sprake was van een beginnende longontsteking. Voorts verklaart de ziektekostenverzekeraar dat contact is opgenomen met het ziekenhuis om nadere informatie te verkrijgen over de precieze aandoening, maar dat hierop geen reactie is ontvangen, en dat om die reden wordt uitgegaan van de informatie die thans voorhanden is. Verzoeker stelt het onbegrijpelijk te vinden dat de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot betaling van de ziekenhuisnota die ziet op de behandeling van sepsis. De alarmcentrale ging immers uit van een beginnende longontsteking. Verzoeker verdenkt het ziekenhuis ervan een onjuiste nota te hebben gedeclareerd. Ook door de Ombudsman Zorgverzekeringen is opgemerkt dat de bewuste nota enkele afwijkingen vertoont in vergelijking met de andere nota's. Het is vreemd dat de ziektekostenverzekeraar met deze informatie niets doet.
De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast verklaard dat is gekozen voor het hoogste tarief omdat onduidelijkheid bestaat over de diagnose. Verzoeker voert aan dit onzorgvuldig te vinden. Er had contact kunnen worden opgenomen met zijn broer.
Tot slot is het slordig dat de alarmcentrale heeft gesproken over tarieven in Dubai. Het betreft hier immers een ziekenhuisopname in Abu Dhabi.
- 4.5. Om incassokosten te voorkomen heeft verzoeker met de ziektekostenverzekeraar een betalingsregeling getroffen voor het openstaande bedrag.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat geen reisverzekering werd gesloten omdat hij en zijn broer zouden verblijven bij een neef. Het risico van verlies of diefstal van bagage was hierdoor klein. Verzoeker stelt dat in het ziekenhuis

- eenvoudige - onderzoeken zijn uitgevoerd, met name bloedonderzoeken. Uiteindelijk bleek het te gaan om een combinatie van een lichte longontsteking en stress. Hij is behandeld door een verpleegster en een Scandinavische arts. De dekking van 200% van het Nederlandse tarief leek toereikend. Echter, een half jaar na de reis ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een nota van circa € 7.000,-. Volgens een vriend van zijn neef, die ter plaatse woont en arts is, zijn de gedeclareerde kosten voor plaatselijke begrippen excessief. Een goede verklaring voor de hoogte van de nota is er niet. Het grootste bezwaar is dat twee professionele partijen - de ziektekostenverzekeraar en de alarmcentrale - de nota van het ziekenhuis zonder meer hebben geaccepteerd. De diagnose matcht niet. Door de betaling aan het ziekenhuis, staat verzoeker als verzekerde buiten spel.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft een naturapolis afgesloten. Als zorg wordt genoten bij een zorgverlener of zorginstelling waarmee geen tarieven zijn afgesproken, vergoedt de ziektekostenverzekeraar (i) het (maximum)tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld, of (ii) het in Nederland geldende marktconforme tarief als er op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg geen tarief bestaat.

In Nederland wordt centraal gewerkt met Diagnose Behandel Combinaties (DBC). Dit houdt in dat de zorgverlener één code declareert voor het hele behandeltraject. Een DBC wordt aan het begin van het traject geopend en aan het einde gesloten. Alle behandelingen die in deze periode plaatsvinden vallen binnen de DBC. Aan een DBC is een gemiddeld tarief gekoppeld. Aan DBC's uit het A-segment is door de Nederlandse Zorgautoriteit een tarief toegekend. DBC's uit het B-segment hebben slechts ten dele een vast tarief, het overige deel is vrij onderhandelbaar.

5.2. Uit de nota's is naar voren gekomen dat bij verzoeker sprake was van sepsis. Uit het verhaal van verzoeker en de stukken van de alarmcentrale blijkt daarentegen dat het ging om een beginnende longontsteking. De ziektekostenverzekeraar heeft nadere informatie over de precieze aandoening bij het ziekenhuis opgevraagd. Deze informatie is helaas niet ontvangen. Zodoende moet worden uitgegaan van de informatie die wel voorhanden is. Omdat niet exact duidelijk is wat de diagnose was, heeft de ziektekostenverzekeraar gekozen voor het hoogste tarief. Hiervoor geldt productcode 19999004 met als omschrijving "maximaal 5 verpleegligdagen bij een infectieziekte". Deze DBC-code valt onder het B-segment. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor een tarief van € 2.378,05 afgesproken met zijn gecontracteerde zorgverleners. Dit is een gemiddeld bedrag en de ziektekostenverzekeraar merkt dit bedrag aan als een gemiddeld tarief. Zodoende is € 2.378,05 het maximale bedrag dat wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering.

5.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op een extra vergoeding voor acute zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland. Bij verzoeker was sprake van acute zorg, zodat een extra vergoeding van 100% van het marktconforme tarief wordt verleend. Zodoende is naast de vergoeding ten laste van de zorgverzekering, € 2.378,05 vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de gespreksgegevens opgevraagd bij de alarmcentrale. Uit de registratie van een gesprek van 24 maart 2012 blijkt dat door de alarmcentrale is medegedeeld dat de kosten van de ziekenhuisopname volledig kunnen worden vergoed als tevens een reisverzekering is afgesloten. Op dat moment was niet duidelijk of verzoeker een reisverzekering had. Verder is medegedeeld dat aanspraak bestaat op 200% van het Nederlandse tarief. Ook heeft de alarmcentrale gezegd huiverig te zijn omdat de tarieven ter plaatse veel hoger kunnen zijn dan in Nederland, zodat de kans bestaat dat er achteraf een claim komt omdat geen reisverzekering is afgesloten.

Voorts is een telefoongesprek van 25 maart 2012 geregistreerd. In dit gesprek is door de alarmcentrale wederom geïnformeerd naar de reisverzekering. Er is uitgelegd wat het belang is van een reisverzekering, omdat op basis van de zorgverzekering slechts een garantie kan worden

afgegeven met een maximale dekking van tweemaal het Nederlandse tarief. Daarbij is wederom door de alarmcentrale medegedeeld dat de hoogte van de tarieven ter plaatse onduidelijk is, en dat de mogelijkheid bestaat dat een naheffing zal plaatsvinden.

De ziektekostenverzekeraar is op basis van de gespreksgegevens van oordeel dat door de alarmcentrale geen toezegging is gedaan over de hoogte van de vergoeding. Zodoende wordt geen hogere vergoeding verleend.

- 5.5. De alarmcentrale heeft een fax gestuurd naar het ziekenhuis. Deze fax betreft een garantieverklaring zonder beperkingen. Er is geen maximale vergoeding benoemd. Dit is ook niet mogelijk, omdat dit pas achteraf kan worden beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar betaalt de nota volledig en beoordeelt vervolgens welke kosten daadwerkelijk voor zijn rekening dienen te komen en welke kosten eventueel van de verzekerde worden gevorderd. De familie van verzoeker was van het voorgaande op de hoogte. Uit de registratie van een gesprek tussen de broer van verzoeker en de alarmcentrale komt naar voren dat aan hem is medegedeeld dat wel een garantie aan het ziekenhuis kan worden afgegeven, maar dat de maximale dekking 200% van het Nederlandse tarief is. Daarbij is uitgelegd dat niet duidelijk is of kosten hoger of lager zijn, en dat een reisverzekering belangrijk is. Indien een reisverzekering was afgesloten, had een garantieverklaring op basis van die verzekering kunnen worden afgegeven.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat in zijn brief van 25 juli 2013 een schrijffout is geslopen. Waar Dubai is vermeld, is Abu Dhabi bedoeld.
- 5.7. De medisch adviseur heeft onderzocht of uit de aanwezige gegevens kan worden opgemaakt welke behandeling heeft plaatsgevonden. Op de "Discharge Summary" staan verschillende diagnoses vermeld: coma, pneumonie (longontsteking) en sepsis. De genoemde symptomen passen voor een deel bij zowel longontsteking als sepsis. Het lijkt erop dat de behandelend arts diverse onderzoeken heeft uitgevoerd om te achterhalen welke diagnose passend is. Aan de hand van de uitkomsten van deze onderzoeken is besloten antibiotica toe te dienen. De medisch adviseur merkt nog op dat het stellen van een diagnose mogelijk werd bemoeilijkt door de medische achtergrond van verzoeker. Het is dan ook aannemelijk dat de juiste behandeling is gedeclareerd. Dit is de reden geweest dat is gekozen voor een DBC-code die ziet op de behandeling van sepsis.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar kan niet met zekerheid aangeven waarom één nota afwijkt van de overige nota's. Het heeft mogelijk te maken met het onderscheid tussen een opname en een poliklinische behandeling.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat de hoofdsom € 7.063,30 bedraagt. Een bedrag van € 63,95 is verrekend. Verzoeker heeft in afwachting van het bindend advies van de commissie een betalingsregeling getroffen. In dat kader is inmiddels € 200,-- betaald. Naar de stand van 31 juli 2014 bedraagt de vordering € 6.799,35.
- 5.10. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem gesteld dat het niet mogelijk is in algemene zin uitspraken te doen over de medische kosten in een bepaald land. Van enkele landen is bijvoorbeeld wel bekend dat de kosten hoog kunnen uitvallen door een hogleraartoeslag of een toeslag voor een één- of tweepersoonskamer. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat navraag is gedaan bij het ziekenhuis. Hier werd echter geen reactie op ontvangen. Er is geen claim tot terugbetaling ingediend.
- 5.11. 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.21. 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 aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht een bedrag van € 6.999,35 van verzoeker vordert.

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 B.1. tot en met B.22. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

B.4.2.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

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.

(...)"

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent

de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

(...)"

8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Gaat u in het buitenland 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.0.6.

Let op!

In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

(...)

B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland.

(...)"

- 8.5. Artikel A.0.6. van de zorgverzekering betreft de toepasselijke tarieven, en luidt, voor zover hier van belang:

"In het Vergoedingen Overzicht staat hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij uw rekening volledig vergoeden. Voor de vergoeding van zorg hanteren we verschillende tarieven:

- afgesproken tarief;
- gedeclareerd tarief;
- marktconform tarief.

In het schema in de Bijlage (achterin dit boekje) kunt u zien wat voor tarief wij voor u per situatie vergoeden.

Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:

a. Afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij tarieven hebben afgesproken voor die behandeling? Wij vergoeden dan de behandeling volgens het afgesproken tarief.

(...)

b. Verlaagd tarief (75%)

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten? Wij verlagen de vergoeding met 25%. Wij vergoeden dus 75% van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij 75% van het marktconforme tarief.

(...)

c. Volledig tarief (100%)

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken dan vergoeden wij het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij het volledige marktconforme tarief.

Dit volledige tarief geldt in afwijking van b. alleen als:

- 1) u de zorg die u nodig hebt niet of niet tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. Wat tijdige zorgverlening is, hangt ervan af wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is; of
- 2) u de zorg die u nodig hebt alleen op grote afstand van uw woonplaats kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten; of
- 3) de zorg die u nodig hebt niet in uw nabijheid of woonplaats op een kwalitatief verantwoorde manier kan worden geboden; of
- 4) u acute zorg nodig hebt, die niet kan worden uitgesteld. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze acute zorg. Bij acute zorg is geen verwijzing noodzakelijk; of
- 5) u van ons een akkoordverklaring hebt gekregen voor zorg door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

d. Gedeclareerde tarief

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En hebben wij voor de soort zorg die u gaat krijgen (of hebt gekregen) ook geen afspraken gemaakt met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of

nauwelijks vast te stellen? Wij vergoeden dan het gedeclareerde tarief. Dat zijn ten hoogste de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt; meer vergoeden wij nooit."

- 8.6. De artikelen A.0.6., B.2. en B.4.2. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. 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.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 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 gereuleerde 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 D.14. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op 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. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk buiten de verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering en/of een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering vallen.

D.14.1.2. Waar hebt u recht op?

Volgens de beschrijving in artikel D.14.1.1. vergoeden wij spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland die betrekking heeft op:

a. zorg die uw basisverzekering of aanvullende verzekering ook zou hebben vergoed wanneer u die kosten in Nederland of uw woonland zou hebben gemaakt.

Vanuit de basisverzekering vergoeden wij buitenlandse kosten volgens de tarieven zoals die in Nederland gebruikelijk (marktconform) zijn. De buitenlandse tarieven zijn vaak anders (lager of hoger) dan de Nederlandse tarieven. Als de buitenlandse tarieven hoger zijn dan de Nederlandse, dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekering deze meerkosten tot maximaal het tarief dat in uw Vergoedingen Overzicht staat;

(...)

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

(...)

D.14.1.3. Voorwaarden

Algemeen

a. U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de basisverzekering of een afzonderlijk afgesloten

(reis)verzekering;

b. De zorg is spoedeisend;

c. De zorg is medisch noodzakelijk;

d. Het bedrag dat u declareert, voldoet aan de gebruikelijke tarieven die gelden in het land waar u tijdelijk verblijft;

- e. De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;
- f. Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar;
- g. U moet geheel meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet zorgadvies en een akkoordverklaring aanvragen bij ons of bij de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Zorgverlener

Een zorgverlener die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, verleent de zorg. Deze zorgverlener voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6."

- 8.10. Het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Buitenlandzorg

Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland wordt samen met de vergoeding uit de basisverzekering vergoed tot:

(...)

*Buiten EU/EER, Zwitserland en Verdragslanden
maximaal 200% van het marktconforme tarief in Nederland
(...)"*

- 8.11. Artikel 7:941 BW luidt, voor zover hier van belang:

"1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.


*2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
(...)"*

9. Beoordeling van het geschil


- 9.1. Verzoeker is in maart 2012 opgenomen geweest in een ziekenhuis in Abu Dhabi. Door het ziekenhuis zijn vier nota's opgemaakt, die - met tussenkomst van de alarmcentrale - zijn betaald door de ziektekostenverzekeraar. Zodoende staat vast dat sprake is van een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor een indicatie had. De vergoeding ten laste van de zorgverzekering is door de ziektekostenverzekeraar vastgesteld op € 2.378,05. Er is geen korting toegepast. Ter vaststelling van genoemd tarief is uitgegaan van DBC 19999004. De ziektekostenverzekeraar heeft op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering een aanvullende vergoeding van € 2.378,05 verleend, aangezien deze verzekering aanspraak biedt op 200% van het Nederlandse marktconforme tarief. Thans vordert de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 6.999,35 van verzoeker ter zake van de voorgeschoten kosten van de ziekenhuisopname. Deze vordering vormt het onderwerp van geschil.

- 9.2. Het totaalbedrag van de vier ziekenhuisnota's is 54.580,60 AED, naar de commissie begrijpt Dubai Dirham. Uitgaande van de wisselkoers in maart 2012, is voornoemd bedrag omgerekend circa € 11.000,-. Door de ziektekostenverzekeraar is een vergoeding verleend van totaal € 4.756,10. In eerste instantie is een bedrag van € 7.063,30 van verzoeker gevorderd, doch nadien is dit, vanwege een verrekening met het bedrag van € 63,95, verlaagd tot € 6.999,35.

- 9.3. Op verzoeker rust op grond van de verzekeringsovereenkomst de plicht om bij de ziektekostenverzekeraar melding te maken van - relevante - schade. Verzoeker heeft naar het oordeel van de commissie voldaan aan deze contractuele meldingsplicht. Hij althans iemand anders namens hem, heeft op de dag van opname in het ziekenhuis in Abu Dhabi contact gezocht met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar en gedurende de opname dit contact onderhouden. De ziektekostenverzekeraar is hierbij - desgevraagd - van alle relevante informatie voorzien. De alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar heeft op de dag van de opname een faxbericht aan het ziekenhuis gezonden, getiteld "Guarantee of payment". In dit bericht is vermeld dat "*[verzoeker] holds a valid insurance that covers medical expenses in foreign countries. This guarantee covers payment of all necessary medical costs for [verzoeker]. If [verzoeker] was admitted as an in-patient, this guarantee is valid for admission in general class. This guarantee is valid from 24-03-2014 until 27-03-2012 and will be extended should this prove necessary.*" Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde registraties van de contactmomenten tussen de familie van verzoeker en de alarmcentrale blijkt dat op de dag van opname en de dag erna uitleg is gegeven over de vergoeding van maximaal twee maal Nederlands tarief en een mogelijke aanvulling op grond van een reisverzekering, en dat zou worden gewacht met het afgeven van een garantieverklaring tot meer duidelijkheid zou bestaan over de eventuele reisverzekering. Vervolgens is door de alarmcentrale op de dag van opname een garantieverklaring afgegeven waarbij is verklaard dat alle noodzakelijke kosten worden vergoed. Door de ziektekostenverzekeraar is later bevestigd dat een garantieverklaring is afgegeven zonder beperkingen en dat hierin geen maximale vergoeding is genoemd.
- 9.4. Gelet op het voorgaande, vermag de commissie niet in te zien waarom thans een bedrag van verzoeker wordt gevorderd ter zake van de ziekenhuisopname in Abu Dhabi. Alle medisch noodzakelijke kosten waren, gezien de redactie van de garantieverklaring, immers gedekt op grond van de verzekeringsovereenkomst. Het vermoeden bestaat, mede gezien de door partijen overgelegde stukken, dat de door het ziekenhuis ingediende nota ten bedrage van 51.077,29 AED oorzaak van het nadien gerezen probleem is. Deze nota is, in verhouding tot de andere nota's, buitensporig hoog en wijkt ook qua uiterlijk op bepaalde punten af. Volgens de omschrijving betreft de uitgevoerde behandeling "IM Septicemia" (sepsis). Verzoeker heeft gemotiveerd bestreden dat deze behandeling is uitgevoerd. Door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat uit het verhaal van verzoeker en de stukken van de alarmcentrale blijkt dat sprake zou zijn van een beginnende longontsteking. Voorts is bij het ziekenhuis informatie opgevraagd over de precieze aandoening van verzoeker, maar hierop is geen reactie ontvangen, zodat is uitgegaan van de beschikbare informatie. Naar het oordeel van de commissie is het niet correct en niet logisch dat de ziektekostenverzekeraar voor de bepaling van de vergoeding is uitgegaan van behandeling van sepsis. De alarmcentrale wist dat sprake was van een beginnende longontsteking en heeft dit ook als zodanig geregistreerd. Naar mag worden aangenomen is op basis hiervan de garantieverklaring afgegeven. Dat door het ziekenhuis een nota ter zake van behandeling van sepsis wordt ingediend en deze door de ziektekostenverzekeraar zonder meer wordt vergoed ligt dan niet in de rede. Van de ziektekostenverzekeraar mag worden verwacht dat hij juist door het inzetten van een alarmcentrale een systeem van controle heeft. Dat dit in het onderhavige geval niet dan wel onvoldoende heeft gewerkt, kan niet worden afgewenteld op verzoeker. Bij de alarmcentrale had de duiding van de betreffende nota vragen moeten oproepen. De (alarmcentrale van de) ziektekostenverzekeraar had zich als sterkere partij in deze moeten wenden tot het ziekenhuis teneinde de bestaande onduidelijkheid rond de nota weg te nemen, alvorens tot betaling over te gaan. Door dit na te laten heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker in een onmogelijke positie geplaatst. Om die reden is de commissie van oordeel dat het feit dat de nota van het ziekenhuis voor een behandeling waarvan, bij gebrek aan voldoende betwisting moet worden aangenomen dat deze niet heeft plaatsgevonden, zonder meer is betaald voor rekening van de ziektekostenverzekeraar dient te blijven.
- 9.5. De commissie wenst in dit verband nog op te merken dat ook bij de ziektekostenverzekeraar kennelijk onduidelijkheid heeft bestaan over de betreffende buitensporig hoge nota van het ziekenhuis, aangezien in november 2012 een bedrag van verzoeker is gevorderd, in eerste





instantie onder de noemer "afhandeling nota's / eigen risico" en in tweede instantie onder de noemer "correctie rekeningen", en in september 2013 een aanmaning is gestuurd voor deze vordering, waarbij is vermeld "onterechte betaling schade". Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde stukken blijkt ook dat in het eerste halfjaar van 2013 - derhalve vóór de aanmaning - diverse interne en externe contacten hebben plaatsvonden inzake de onduidelijkheid over de diagnose en de uitgevoerde behandeling.

- 
- 9.6. Daarom is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar dient af te zien van de vordering ter zake van de ziekenhuisopname in Abu Dhabi. Met verzoeker is reeds een betalingsregeling getroffen voor het openstaande bedrag. Alle in dit kader door hem uitgevoerde betalingen dienen derhalve te worden gerestitueerd.





Conclusie

- 
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.6 is overwogen.

- 
- 9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen onder 9.6 is overwogen.

- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het betaalde entreegeld van € 37,-.

Zeist, 5 november 2014,




Voorzitter