



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten  
Zaak : Buitenlandpolis, Costa Rica, spoedeisende en geplande zorg, ziekenhuisopnames,  
operaties darm en navelbreuk, hoogte vergoeding, verrekening  
Zaaknummer : 201501912  
Zittingsdatum : 25 mei 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden ziektekostenverzekering 2015, art. 6:238 BW)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basisfit Internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering), een schadeverzekeringsovereenkomst 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 ziekenhuisopnames en -behandelingen in Costa Rica in juni en augustus 2015 (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 30 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de alarmcentrale een garantie heeft afgegeven voor de eerste ziekenhuisopname.

3.2. Verzoeker heeft zich bij klachtenformulier van 9 juli 2015 gewend tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 3.1 bedoelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 16 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een bedrag van € 1.265,69 na te betalen ter zake van de eerste ziekenhuisopname.

3.4. Bij e-mailbericht van 23 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de nota's van € 39,95 en € 38,09 niet voor vergoeding in aanmerking komen.

3.5. Bij uitkeringsspecificatie van 8 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de nota's van - omgerekend - € 8.095,21 en € 13.192,70 niet worden vergoed

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

3.7. Bij e-mailbericht van 27 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij een bedrag van € 4.862,46 dient terug te betalen ter zake van de tweede ziekenhuisopname.

- 3.8. Bij e-mailbericht en telefonisch contact van 5 februari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag in te willigen (hierna: het verzoek).
- 3.9. 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.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 april 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 april 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 mei 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend arts heeft over verzoeker het volgende verklaard: “[Verzoeker] attended to the Emergency department at Cima Hospital on June 10th, with a history of 3 days of abdominal pain, nausea and constipation that increased in the last 12 hours. US showed a distended small bowel fill with liquid. A CT scan was performed and diagnosis of diverticulitis of sigmoid colon with pneumoperitoneum was made. The patient was taken to surgery. A Diagnostic Laparoscopy was performed and the diagnosis of a perforated diverticulitis with purulent peritonitis (Hinchey III) was confirmed. Multiple adhesiolysis, colorrhaphy of the perforation and abdominal cavity washout was performed. The decision of this approach was made to treat the perforation, sepsis and to prevent a colostomy in an obese elderly patient with COPD. The patient was managed at the ICU for 5 days because of the sepsis and respiratory problems. Five more days of regular hospitalization were needed to complete antibiotic and antifungal treatment. Patient was released from hospital at day 11 with oral antibiotics and antifungal, and treatment for his COPD (Chronic obstructive pulmonary disease). **Resume** DIAGNOSIS 1- Perforated Diverticulitis with Generalized Peritonitis (Hinchey III) 2- Encarcerated Umbilical Hernia SURGERY 1- Diagnostic Laparoscopy a. Multiple Abscess Drainage b. Colorrhaphy of Diverticular Perforation c. Abdominal Cavity Washout 2- Open Umbilical Hernia Repair”.
- 4.2. Verzoeker werd op 8 juni 2015 getroffen door een geperforeerde diverticulitis en bevond zich in een levensbedreigende situatie. Onmiddellijk medisch ingrijpen was noodzakelijk. Conform diens voorschriften is de ziektekostenverzekeraar, althans de ANWB alarmcentrale als zijn tussenpersoon, op de hoogte gebracht van de spoedeisende ziekenhuisopname. Daarna is verzoeker geopereerd. Toen verzoeker op de intensive care lag, vernam hij dat de alarmcentrale garant stond voor circa 17.000 USD, welk bedrag later werd bijgesteld naar 23.000 USD. Deze meldingen op de intensive care deden geen goed aan de gemoedsrust. Verzoeker had evenwel het vertrouwen dat alles in orde zou komen. Na zes dagen verblijf op de intensive care kon verzoeker naar een gewone ziekenhuiskamer. Aangezien hij niet gerust was op de financiële afwikkeling, heeft verzoeker de arts verzocht hem zo spoedig mogelijk te ontslaan. Uiteindelijk kon verzoeker, na vijf dagen op een gewone ziekenhuiskamer, het ziekenhuis verlaten. Tot zijn grote schrik werd verzoeker op dat moment geconfronteerd met een nota die direct diende te worden vereffend. De ziekenhuisnota bedroeg circa 45.000 USD, en verzoeker diende 18.000 USD te betalen. Dit bedrag is gedeeltelijk voldaan uit spaargeld, en gedeeltelijk uit geleende gelden.

Na thuiskomst is het betaalde bedrag van 18.000 USD aan ziekenhuiskosten bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, erop vertrouwend dat deze kosten zouden worden vergoed omdat het een spoedeisende operatie betrof. Helaas wees de ziektekostenverzekeraar vergoeding af. Verzoeker heeft alle stukken die van het ziekenhuis zijn ontvangen doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft niet tot enig positief resultaat geleid. Uit navraag bij het ziekenhuis is verzoeker gebleken dat de ANWB alarmcentrale de ziekenhuiskosten heeft betaald. De aan hem gepresenteerde rekeningen betreffen artsenhonoraria en verbandmiddelen.

- 4.3. Verzoeker voert aan dat hij zich in een levensbedreigende situatie bevond. Er was geen sprake van onderhandelen, keuzes of preferenties. De medische situatie was dermate acuut dat in secondes moest worden gehandeld en beslissingen moesten worden genomen. Verzoeker had geen enkele keuze en/of inspraak. Hij was volledig afhankelijk van het ziekenhuis en de medische staf, aangezien hij doodziek was. Dit wordt bevestigd door de behandelend arts. Het lijkt erop dat de ziektekostenverzekeraar de ernst van de situatie niet goed heeft ingeschat. Voorts stelt verzoeker dat geheel conform de voorschriften van de ziektekostenverzekeraar is gehandeld. Het is ongeloofwaardig en onbegrijpelijk dat verzoeker als patiënt en (internationaal) verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar, de kosten van artsenhonoraria en verbandmiddelen op zich dient te nemen. Daarnaast zou de (alarmcentrale van de) ziektekostenverzekeraar met het ziekenhuis moeten overleggen over de behandeling en de kosten daarvan. Verzoeker valt buiten die verhouding, alleen al omdat het voorschieten van dermate hoge bedragen niet van een patiënt/verzekerde kan worden gevraagd. De kwestie heeft verzoeker in onverwachte financiële problemen gebracht.
- 4.4. Het is verzoeker gebleken dat de ziektekostenverzekeraar niet onderkent dat twee operaties zijn uitgevoerd. De ene operatie was in verband met diverticulitis, en de andere - die gelijktijdig werd uitgevoerd - aan de navelbreuk. In de verklaringen van de behandelend arts is dit duidelijk terug te lezen. In dit kader merkt verzoeker het volgende op. Ongeveer drie jaar geleden zou in Nederland een navelbreukoperatie plaatsvinden, die door de ziektekostenverzekeraar volledig zou worden vergoed (± € 10.000,-, in een privékliniek in Rotterdam). Na onderzoek ter plaatse heeft de arts toen besloten verzoeker niet te opereren in verband met zijn overgewicht. Toen verzoeker op 8 juni 2015 werd getroffen door een geperforeerde diverticulus en direct moest worden geopereerd, kwam de arts de navelbreuk tegen en heeft hij ook deze aangepakt. Dat tegelijkertijd twee operaties zijn uitgevoerd zou een voordeel moeten zijn. De ziektekostenverzekeraar ziet dit echter niet zo en gaat uit van de hoofdoorzaak (diverticulitis).
- 4.5. Overigens heeft nadien een vervolgbehandeling plaatsgevonden, bestaande uit onderzoeken, controles, een colonoscopie en een darmoperatie. Voor de darmoperatie - uitgevoerd op 18 augustus 2015 - is de ziektekostenverzekeraar om toestemming verzocht. Deze toestemming is verleend, in de vorm van een garantiestelling van € 26.000,-. De werkelijke kosten bedroegen 15.000 USD. De ziektekostenverzekeraar heeft de nota voor de tweede operatie voldaan. Opvallend is dat de communicatie met de ziektekostenverzekeraar over deze tweede ingreep veel soepeler verliep dan bij de eerste operatie. De ziektekostenverzekeraar was zeer welwillend. De tweede operatie verliep ook totaal anders, omdat verzoeker sterker was op dat moment en zaken beter konden worden geregeld. Vergoeding van een nacontrole in de vorm van bloedonderzoek (€ 39,08) is geweigerd, omdat dit volgens de ziektekostenverzekeraar bij de operatie hoort. Verzoeker heeft voorts een nota van € 39,95 ter zake van incontinentiemateriaal gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan geweigerd. Dit is onbegrijpelijk, aangezien eerder is verklaard dat incontinentiemateriaal tot een bepaald maximumbedrag per jaar wordt vergoed.
- 4.6. Geconcludeerd kan worden dat de kosten van zorg in Costa Rica lager zijn dan de kosten van zorg in Nederland. Rekening houdend met de behandeling van de navelbreuk is waarschijnlijk dat de kosten van de eerste (spoed)operatie lager zijn dan die van een zelfde operatie in Nederland. Verzoeker is daarom ervan overtuigd dat de ziektekostenverzekeraar een vergissing heeft gemaakt bij de beoordeling van de operatie in verband met diverticulitis.

- 4.7. Verzoeker was verbaasd en geïrriteerd door het bericht van de ziektekostenverzekeraar van 27 januari 2016. Immers, de ziektekostenverzekeraar had verklaard dat de tweede operatie was gedekt tot circa € 26.000,--. Dit blijkt ineens circa € 13.000,-- te zijn en een bedrag van ruim € 4.800,-- wordt van verzoeker gevorderd. Voorts heeft verzoeker toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar voor de colonscopie. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop verklaard dat tot € 1.000,-- zou worden vergoed. De kosten van de colonscopie bedroegen € 340,46 en deze zijn aanvankelijk vergoed, maar de ziektekostenverzekeraar vordert dit bedrag nu terug. Omstreeks 22 februari 2016 werd het bedrag van € 4.862,46 geïncasseerd door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft dit teruggedraaid en de incassomachtiging die was afgegeven aan de ziektekostenverzekeraar ingetrokken. Met het voorgaande zijn de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van de ziektekostenverzekeraar veel geweld aangedaan. Verzoeker meent dat het bericht van 27 januari 2016 berust op een vergissing.
- 4.8. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt samengevat herhaald. Voorts heeft verzoeker toegelicht dat de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot de eerste, spoedeisende operatie aan hem heeft medegedeeld dat aanspraak bestond op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde tarief. Voorafgaand aan de tweede operatie heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de alarmcentrale en toestemming gekregen. De ziektekostenverzekeraar zou een vergoeding verlenen van maximaal € 26.000,--, maar de uiteindelijke vergoeding bedroeg 16.000 USD, circa € 15.000,--. De nota van La Bolita Feliz ziet op de eerste operatie en heeft verzoeker van het ziekenhuis ontvangen. Het is mogelijk dat deze nota betrekking heeft op het verblijf op de IC. De informatie die is gegeven is eenzijdig, aangezien verzoeker niet kan beoordelen wat de kosten in Nederland zouden zijn geweest. Dat het Nederlandse tarief wordt vergoed is niet in geschil, echter verzoeker heeft over dit tarief geen informatie. Het was voor verzoeker niet mogelijk een andere verzekering te sluiten voor medische kosten in Costa Rica. Verzoeker constateert dat de ziektekostenverzekeraar niet in staat is internationale verzekeringen te verkopen, en er daarom ook mee stopt.
- 4.9. Nadien heeft verzoeker verklaard dat de ziektekostenverzekeraar thans ook de vergoeding die is verleend voor de colonscopie (€ 340,46) terugvordert. Voor de colonscopie heeft de ziektekostenverzekeraar destijds toestemming verleend tot een bedrag van € 1.000,--. Per 2 mei 2016 is verzoeker geremigreerd naar Nederland. Dit is in april 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gemeld, waarbij is verzocht om premierestitutie. De ziektekostenverzekeraar verzocht hierop om het polisblad van de nieuwe verzekeraar. Verzoeker heeft dit toegezonden. De premierestitutie bleef echter uit. Uit contact hierover met de ziektekostenverzekeraar is gebleken dat het bindend advies van de commissie wordt afgewacht. Verzoeker kan zich hiermee niet verenigen. Premierestitutie mag niet gekoppeld worden aan een eventuele vordering. De ziektekostenverzekeraar gebruikt het bedrag van de premierestitutie nu om de vordering ter zake van de tweede operatie te voldoen. Hiermee laat de ziektekostenverzekeraar zich wederom van een zeer onaangename zijde zien. Het 'voorstel' van de ziektekostenverzekeraar, waarbij hem drie opties zijn geboden, heeft verzoeker naast zich neergelegd. Het bindend advies dient te worden afgewacht wat betreft de vergoeding van de zorgkosten. De premierestitutie staat daar evenwel los van en dient zo snel mogelijk te worden afgewikkeld.
- 4.10. 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 aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische hulp, geleverd in het buitenland, tot maximaal het Nederlandse marktconforme tarief. De wijze waarop het Nederlandse tarief wordt vastgesteld, en waarop de vergoeding wordt gebaseerd, is als volgt. Op basis van de beschikbare informatie (facturen, behandelverslagen, medische rapporten) wordt een DBC zorgproductcode bepaald. Bij twijfel wordt de medisch adviseur hierin betrokken. De ziektekostenverzekeraar neemt het gemiddelde van de tarieven die berekend

worden door vijftien verschillende ziekenhuizen verspreid over heel Nederland. Het uitgangspunt zijn daarbij de passantentarieven; deze tarieven liggen hoger dan de gecontracteerde tarieven. Als later blijkt dat een DBC zorgproductcode niet juist/passend is, wordt extra informatie opgevraagd. Op basis daarvan kan eventueel de DBC zorgproductcode worden aangepast.

Een DBC zorgproduct betreft de volledige behandeling. Hiertoe behoren ook het eerste consult, vervolg- en nazorgconsulten (bij behandeling vanwege complicaties).

Niet de medische noodzaak, maar de beperking van de dekking is bepalend.

- 5.2. In de onderhavige kwestie is sprake van twee ziekenhuisopnames van verzoeker in Costa Rica. De eerste opname van verzoeker was van 8 juni 2015 tot en met 17 juni 2015. ONVZ Zorgassistance (ANWB alarmcentrale) heeft hiervoor in eerste instantie een garantie afgegeven aan het ziekenhuis van € 21.228,-. De alarmcentrale is hierbij uitgegaan van vijf verpleegdagen op de intensive care (5 x € 2.638,54) en DBC zorgproduct 11999904 (declaratiecode 15C599) met een bijbehorend tarief van € 8.035,43. De garantie die de alarmcentrale heeft afgegeven was gebaseerd op de informatie die op dat moment van het ziekenhuis was ontvangen. Op 10 juni 2015 is een bedrag van € 21.287,91 betaald aan het ziekenhuis via de alarmcentrale.

Op basis van de ontvangen informatie van de behandelend arts en het advies van de medisch adviseur, heeft de ziektekostenverzekeraar vastgesteld dat voor de ondergane behandeling DBC zorgproductcode 119499064 (declaratiecode 15C575) van toepassing is. Hiervoor staat een marktconform tarief van € 9.301,12. De alarmcentrale had, op grond van de door hem ontvangen informatie, het marktconforme tarief van € 8.035,43 vastgesteld. Het verschil van € 1.265,69 is op 20 juli 2015 betaald aan verzoeker.

De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft hierna - nogmaals - bij de behandelend arts van verzoeker extra informatie opgevraagd om te beoordelen of het juiste DBC zorgproduct was toegepast. Na ontvangst van de informatie (behandelverslag en ziekenhuisnota) heeft de medisch adviseur DBC zorgproductcode 119599012 (declaratiecode 15C594) vastgesteld, met een bijbehorend tarief van € 13.338,42. Vijf IC-dagen daarbij opgeteld levert een totale vergoeding voor de gehele behandeling van € 26.531,12. Dit heeft ertoe geleid dat op 12 oktober 2015 een bedrag van € 3.977,52 is nabetaald aan verzoeker.

Zodoende is totaal € 5.243,21 aan verzoeker nabetaald.

In het medisch rapport van dr. Fernando Aguilar Revelo van 6 september 2015 wordt gesproken over een 'encarcelated umbilical hernia'. Dit is de Engelse benaming voor een navelbreuk. De navelbreuk is in dezelfde operatie door de chirurg behandeld. Mede op basis van deze informatie is de in eerste instantie gekozen DBC zorgproductcode aangepast.

Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat is gebleken dat verzoeker zelf ter plekke een aantal bedragen heeft betaald. Uit de nota's die zijn ontvangen, bleek echter niet of deze bedragen bij het totale eindbedrag waren inbegrepen of niet. Hierdoor was het mogelijk dat bedragen waren betaald door zowel de alarmcentrale (van de ziektekostenverzekeraar) op basis van de garantiestelling als door verzoeker zelf. De ziektekostenverzekeraar heeft dit onderzocht. Dit bleek niet het geval, zodat de enige conclusie is dat de geleverde zorg in Costa Rica duurder is dan het vastgestelde Nederlandse tarief. De meerkosten blijven derhalve voor rekening van verzoeker.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar beschikt niet over de gespreksnotities van de alarmcentrale. Deze zijn in het bezit van de alarmcentrale. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de alarmcentrale om te informeren wat is besproken. Hieruit blijkt het volgende.

Verzoeker heeft op 9 juni 2015 om 00:13 uur contact opgenomen met de alarmcentrale. Tijdens dit gesprek is hem uitgelegd dat hij recht heeft op het Nederlandse tarief. In die zin zijn hem de polisvoorwaarden toegelicht. Verzoeker bevestigt dit ook in een aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd e-mailbericht van 18 juni 2015: "*Ik ken de voorwaarden van ONVZ betreffende de vergoedingen conform de Nederlandse kosten. Dit is door mij verder niet te controleren, maar ik neem aan dat de kosten minimaal gelijk lopen?*" Verzoeker doet hier de aanname dat de kosten van de behandelingen die hij heeft ondergaan ongeveer gelijk zijn aan die in Nederland. Helaas is deze aanname onjuist gebleken. De polisvoorwaarden zijn hiermee dus niet in het geding. Wèl in geding is het feit dat de operatie meer heeft gekost dan de door de alarmcentrale afgegeven garantiestelling. Daarnaast is in het gesprek met verzoeker afgesproken dat hij de meerkosten zou voorschieten en deze bij de ziektekostenverzekeraar zou declareren. Een toezegging over het volledig vergoeden van deze kosten is evenwel niet gedaan.

- 5.4. De tweede ziekenhuisopname van verzoeker in Costa Rica was van 18 juli 2015 tot en met 20 augustus 2015. Toen heeft de sigmoïdectomie plaatsgevonden. De vergoeding voor de tweede opname is als volgt.
- Verzoeker heeft op 20 juni 2015 verzocht om fiattering voor deze opname. Omdat op dat moment nog niet alle informatie in het bezit was van de ziektekostenverzekeraar, en daarom geen volledig antwoord kon worden gegeven, is extra informatie opgevraagd en ook ontvangen. Op 17 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker per e-mail geïnformeerd over de vergoeding van de tweede operatie. In het betreffende e-mailbericht is toestemming verleend voor de tweede operatie: *"Wij vergoeden deze kosten vanuit de [ziektekostenverzekering] tot maximaal het tarief van DBC-zorgproduct 119499055 (operatie aan het spijsverteringskanaal - met behulp van apparatuur - met maximaal 28 verpleegligdagen) met declaratiecode 15C566. Het tarief hiervan is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg en bedraagt € 13.280,45."* Aangezien verzoeker op 17 juli 2015 schriftelijk is geïnformeerd over welke vergoeding hij mocht verwachten, kan geen twijfel bestaan over de hoogte hiervan. Dat verzoeker recht heeft op vergoeding van maximaal één keer het Nederlandse tarief was hem ook al in het traject van de eerste opname medegedeeld. In zijn e-mailbericht van 18 juni 2015 heeft verzoeker zelf aangegeven de polisvoorwaarden te begrijpen. Vervolgens heeft verzoeker zelf telefonisch contact opgenomen met de alarmcentrale. Dit gesprek heeft plaatsgevonden op 24 juli 2015 rond 16:00 uur Nederlandse tijd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij de alarmcentrale geïnformeerd naar wat is besproken in dit telefoongesprek. De alarmcentrale heeft het volgende medegedeeld: *"Keurig gesprek van collega, zeer begripvol naar patiënt toe. Zij geeft in haar gesprek duidelijk aan dat de losse consulten van 3/8 en 5/8 door de patiënt dienen te worden voorgeschoten, omdat een garantie daarvoor niet wordt geaccepteerd. Daarna deelt zij mee dat er voor de operatie zelf en het evt vervolg zeker een garantie zal worden afgegeven en zij al bezig is daar iets voor te regelen. Het zal via onze contact organisatie gaan en betreft een bedrag van Euro 26.473,00. Er wordt dus in het gesprek niet benoemd dat ONVZ akkoord is met het bedrag, alleen dat de ANWB voor dat bedrag een garantie zal versturen."* Op 8 juli 2015 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht of de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis betaald kunnen worden. Aangezien de ziektekostenverzekeraar hiertoe zelf geen mogelijkheden heeft, heeft de alarmcentrale het dossier overgenomen om ervoor te zorgen dat het ziekenhuis een garantiestelling zou ontvangen. Dit is een service die de ziektekostenverzekeraar kan verlenen via de alarmcentrale. Met de alarmcentrale is afgesproken dat bij electieve zorgvragen de ziektekostenverzekeraar de DBC bepaalt. De ziektekostenverzekeraar communiceert richting de alarmcentrale welke DBC is vastgesteld, en de alarmcentrale heeft contact met het ziekenhuis om de garantie te regelen. De ziektekostenverzekeraar merkt met nadruk op dat een garantie rechtstreeks wordt verstrekt aan het ziekenhuis, en niet aan een verzekerde zelf. Een garantiestelling zorgt ervoor dat het ziekenhuis weet dat de nota zal worden betaald, terwijl de verzekerde wordt geïnformeerd over welke vergoeding mag worden verwacht. Verzoeker is dus door de alarmcentrale op de hoogte gebracht van de garantiestelling die aan het ziekenhuis zou worden verstrekt, en niet voor welk bedrag een vergoeding zou worden verleend.
- De alarmcentrale heeft een garantie aan het ziekenhuis afgegeven ten bedrage van € 26.473,15. Deze gold voor de kosten van de operatie met daarbij een toeslag voor eventuele verpleegdagen op de intensive care. De garantie is gebaseerd op € 13.192,70 voor de IC-dagen en € 13.280,45 voor DBC zorgproductcode 119499055 (*"Zeer uitgebreide operatie aan het spijsverteringskanaal met behulp van kijkbuis-apparatuur tijdens een ziekenhuisopname van 1 tot en met 28 verpleegdagen bij een ziekte van het spijsverteringsstelsel"*). De ziektekostenverzekeraar heeft van de alarmcentrale een nota van € 17.802,45 ontvangen. Uit deze nota blijkt dat geen sprake is geweest van verpleegdagen op de intensive care. Dit houdt in dat voor het behandeltraject een vergoeding geldt van maximaal € 13.280,45. Dit is het Nederlandse marktconforme tarief. Bij dit tarief horen ook het consult en de colonscopie die heeft plaatsgevonden op 3 augustus 2015. Voor deze colonscopie was reeds een bedrag van € 340,46 aan verzoeker vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft de nota van € 17.802,45 volledig betaald aan de alarmcentrale. Aangezien de vergoeding van het behandeltraject is gemaximeerd op € 13.280,45 en reeds een bedrag van € 340,46 is vergoed voor de colonscopie, komt het verschil van € 4.862,46 voor rekening van verzoeker. Dit bedrag is bij hem in rekening gebracht.

- 5.5. De alarmcentrale heeft het contact met het ziekenhuis in Costa Rica onderhouden. Via een van de partners van de alarmcentrale (CIMA) is een garantie afgegeven aan het ziekenhuis voor de betreffende operatie. Dit is dus alleen het bedrag dat het ziekenhuis ontvangt. In feite worden alle kosten betaald waarover met het ziekenhuis is afgesproken dat deze betaald zullen worden. Dit om te garanderen dat het ziekenhuis de zorg verleent die medisch noodzakelijk is. Verrekening met de alarmcentrale betekent dat de ziektekostenverzekeraar de garantiestelling aan de alarmcentrale betaalt, aangezien die is voorgeschoten. Op het moment dat de ziektekostenverzekeraar de alarmcentrale schadeloos stelt, wordt berekend welke kosten verzekerd zijn. Het verschil tussen deze bedragen komt voor rekening van de verzekerde voor zover deze niet zelf al nota's heeft betaald aan het ziekenhuis. Een garantiestelling is derhalve iets anders dan de vergoeding die is toegezegd.
- 5.6. Verzoeker heeft nog een tweetal andere nota's gedeclareerd. De nota van € 39,95 betreft incontinentiemateriaal (gekocht in een supermarkt). De ziektekostenverzekeraar heeft meer informatie nodig om antwoord te kunnen geven op de vraag of het bedrag van € 39,95 wordt vergoed. De nota van € 38,09 betreft laboratoriumkosten (bloedonderzoek). Deze kosten vallen binnen het tarief dat geldt voor de darmoperatie. Als gezegd, vallen consulten en overige bijkomende kosten binnen het DBC zorgproduct. Aangezien de laboratoriumkosten boven het Nederlandse tarief uitkomen, zijn deze niet vergoed.
- 5.7. Alle bedragen zijn volgens de garantieafspraken betaald aan het ziekenhuis, en de niet verzekerde kosten (boven het Nederlandse tarief) zijn in rekening gebracht bij verzoeker. Voor nota's die door het ziekenhuis aan verzoeker, naast de garantiestelling, in rekening zijn gebracht is geen vergoeding verleend, omdat de betreffende kosten boven het Nederlandse tarief uitkomen. Het maximaal uit te keren bedrag is bereikt via de betalingen aan de alarmcentrale. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat ter zake van de beide opnames aan verzoeker de juiste tarieven zijn gecommuniceerd, en dat verzoeker van tevoren op de hoogte was van de bedragen die hij vergoed kon krijgen. Daarom bestaat geen aanleiding een aanvullende uitkering te doen. In beide gevallen was verzoeker op de hoogte van de voorwaarden, te weten dat recht bestaat op vergoeding van maximaal één keer het Nederlandse tarief. Dit niet alleen vanwege het feit dat men akkoord gaat met de polisvoorwaarden voordat de verzekering wordt afgesloten, maar ook doordat dit verscheidene malen in de correspondentie en uitkeringsspecificaties is vermeld. Vanwege de hoge kosten van het ziekenhuis in Costa Rica blijft een bedrag voor rekening van verzoeker.
- 5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de eerste operatie rechtstreeks via de alarmcentrale is gelopen. Ook in een spoedeisende situatie geldt dat slechts aanspraak bestaat op een vergoeding van één keer het Nederlandse tarief. Het Nederlandse tarief wordt vastgesteld op basis van de passantentarieven van vijftien ziekenhuizen. Dit staat overigens niet in de polisvoorwaarden. Voor de eerste operatie is een garantie afgegeven aan het ziekenhuis. Het heeft wel langere tijd geduurd voordat het voor de ziektekostenverzekeraar duidelijk was wat precies was uitgevoerd. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoeker op 17 juli 2015 per e-mail is geïnformeerd over het tarief voor de tweede operatie. De essentie is dat verwarring is ontstaan over de woorden 'vergoeding' en 'garantie'. Er is contact geweest met de alarmcentrale, en die heeft een garantie afgegeven aan het ziekenhuis. De reden hiervoor is dat het ziekenhuis de zorg anders niet uitvoert. Aan verzoeker is medegedeeld dat maar één keer het Nederlandse tarief wordt betaald. Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker niet zou weten wat de vergoeding zou zijn voor de tweede operatie. Het gesprek op 24 juli 2015 ging niet over de vergoeding, maar over de garantie die aan het ziekenhuis zou worden gestuurd. Met betrekking tot de tweede operatie heeft geen IC-opname plaatsgevonden. De nota van La Bolita Feliz is niet betrokken in de vergoeding voor de tweede operatie, omdat dit geen medische nota betreft. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het bedrag van circa € 4.800,-- ziet op het verschil tussen de garantie en de vergoeding die op basis van de polisvoorwaarden kon worden verleend. Het bedrag is geïncasseerd van de rekening van verzoeker, en daarna door hem gestorneerd. Thans staat het bedrag dan ook nog open. De opmerking van verzoeker met betrekking tot het niet (goed) kunnen uitvoeren van internationale verzekeringen is in deze niet



relevant. De ziektekostenverzekeraar stelt dienaangaande wel dat het niet zo is dat hij incapabel is met betrekking tot dergelijke verzekeringen. De ervaring is dat de kosten van zorg in het buitenland dermate hoog zijn, dat de premie niet meer toereikend is.

- 5.9. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende verklaard.  
Verzoeker heeft elders een verzekering gesloten, waardoor de ziektekostenverzekering is beëindigd. Premierestitutie is op dit moment niet mogelijk, aangezien de ziektekostenverzekeraar het bindend advies van de commissie afwacht. Desondanks is verzoeker de volgende keuze voorgehouden.
1. Verzoeker betaalt de vordering van € 4.862,46 per omgaande, waarna de ziektekostenverzekeraar overgaat tot premierestitutie.
  2. Verzoeker wacht het bindend advies af en op het moment dat dit in zijn voordeel is, ontvangt verzoeker van de ziektekostenverzekeraar het bedrag waarop hij recht heeft, dan wel wordt het verschil verrekend.
  3. Verzoeker betaalt € 2.190,86, waarmee de vordering komt te vervallen, de premierestitutie is verrekend en alles op nul komt te staan.

5.10. 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 is gehouden de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag in te willigen.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 2 lid 5 van 'Deel A' van de ziektekostenverzekering luidt:

*"ONVZ kan bedragen die zijn voorgesloten verrekenen met volgende uitkeringen op grond van uw verzekering. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt ONVZ u een nota."*

8.3. Artikel 4 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op 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, jeugdarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene spoedeisende 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. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. ONVZ vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. (...)"*

- 8.4. Artikel 1 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering omschrijft de restitutiebasis van de verzekering, 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), of*
- 3. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*

*lid 3 Buiten Nederland genoten medisch-specialistische zorg wordt voor de toepassing van het vorige lid vertaald naar het passende Nederlandse DBC-zorgproduct.*

*lid 4 ONVZ vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de gemiddelde wisselkoers van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen."*

- 8.5. Artikel 23 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering betreft de hulpdienst en repatriëring en luidt:

**"lid 1 ONVZ Zorgassistance**

*In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval buiten uw woonland bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met ONVZ Zorgassistance. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde 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 (zie deel C).*

**lid 2 Repatriëring**

*In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke repatriëring naar uw woonland of – als de behandeling niet in het woonland kan plaatsvinden – naar Nederland.*

*De organisatie van repatriëring geschiedt door ONVZ Zorgassistance. Bij repatriëring bent u verplicht om direct de hulp van de ONVZ Zorgassistance in te roepen. U moet daarbij het relatienummer en de naam van de verzekerde opgeven.*

**lid 3 Medische gegevens**

*U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van ONVZ. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring."*

- 8.6. In 'Deel C' van de ziektekostenverzekering is het volgende opgenomen:

*"(...)*

**ONVZ Zorgassistance**

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

*(...)"*

8.7. Artikel 6:238 lid 2 BW luidt:

*"Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237 moeten de bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg."*

9. Beoordeling van het geschil

9.1. 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, jeugdarts of bedrijfsarts. Bij onvoorziene, spoedeisende zorg vervalt de voorwaarde van een verwijzing. De vergoeding betreft een 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' vergoedt de ziektekostenverzekeraar de kosten tot maximaal (i) het tarief dat is overeengekomen met de zorgverlener, (ii) het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of (iii) het in Nederland geldende marktconforme tarief. Buiten Nederland genoten medisch-specialistische zorg wordt, voor de vaststelling van de hoogte van de vergoeding, vertaald naar het passende Nederlandse DBC-zorgproduct.

9.2. Verzoeker is in juni 2015 voor een operatie in verband met diverticulitis en een navelbreuk opgenomen geweest in een ziekenhuis in Costa Rica. Door de alarmcentrale is een garantiestelling afgegeven en op 10 juni 2015 is € 21.287,91 betaald aan het ziekenhuis. Door het ziekenhuis zijn diverse nota's opgemaakt, en enkele daarvan zijn - met de tussenkomst van de alarmcentrale - betaald door de ziektekostenverzekeraar. Vanwege deze betalingen door de ziektekostenverzekeraar heeft te gelden dat sprake is van een verzekerde prestatie in het kader van de ziektekostenverzekering en dat verzoeker hiervoor een indicatie had.

Daarnaast is verzoeker zelf op de dag van ontslag uit het ziekenhuis - 17 juni 2015 - geconfronteerd met diverse nota's. Deze nota's zijn door hem betaald (aan het ziekenhuis) en gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft op basis van die nota's en de informatie van de alarmcentrale de vergoeding voor de ziekenhuisopname in juni 2015 vastgesteld op € 26.531,12, waarbij is uitgegaan van DBC 119599012. De door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC is naar het oordeel van de commissie passend.

Ten aanzien van het bij deze DBC behorende tarief heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat dit is gebaseerd op het gemiddelde passentarium van vijftien ziekenhuizen, verspreid over Nederland. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting verklaard dat deze berekeningswijze van het 'marktconforme' tarief niet is vastgelegd in de verzekeringsvoorwaarden. Verzoeker heeft ter zitting gesteld dat hij het Nederlandse tarief niet kan verifiëren, omdat hij hierover geen informatie heeft. De informatie over het Nederlandse tarief is volgens verzoeker eenzijdig. De commissie overweegt hiertoe dat dient te worden vastgesteld dat artikel 1 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering op dit punt onvoldoende duidelijk is. In een dergelijk geval prevaleert de voor verzoeker gunstigste uitleg (artikel 6:238 lid 2 BW). Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding niet kan beperken tot het gemiddelde passentarium, behorend bij DBC 119599012. De vraag is vervolgens wat dan wel het 'marktconforme' tarief is. Dienaangaande overweegt de commissie dat ook het passentarium dat door het 'duurste' ziekenhuis in Nederland in rekening wordt gebracht, nog door de ziektekostenverzekeraar zal moeten worden vergoed. Immers, de verzekeringsvoorwaarden bieden hem niet de mogelijkheid de vergoeding te beperken. Het betreffende passentarium dient daarom als uitgangspunt te worden genomen voor de berekening van de vergoeding. Daarbij dienen alle nota's die door de ziektekostenverzekeraar zijn betrokken bij de vaststelling van de DBC te worden meegenomen in de berekening. Hiertoe behoort derhalve ook de nota van het bloedonderzoek van € 38,09. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de nota van La Bolita Feliz geen medische nota is, wordt daarbij verworpen. Verzoeker heeft met betrekking hiertoe ter zitting verklaard dat deze nota ziet op de eerste operatie, en mogelijk op de IC-opname. Dit acht de commissie aannemelijk, gelet op de omschrijving en datum van de nota. Bovendien staat op deze

nota een stempel van het ziekenhuis. Tevens dient de ziektekostenverzekeraar voor de nota van € 39,95 (incontinentiemateriaal) een vergoeding te verlenen.

- 9.3. In augustus 2015 is verzoeker wederom opgenomen in een ziekenhuis in Costa Rica, ditmaal in verband met een sigmoïdectomie. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding hiervoor vastgesteld op € 13.280,45, waarbij is uitgegaan van DBC 119499055. In eerste instantie is een garantiestelling afgegeven voor voornoemd bedrag plus vijf verpleegdagen op de intensive care, hetgeen neerkomt op totaal € 26.473,15. De uiteindelijke ziekenhuisnota bedroeg € 17.802,45 en dit bedrag is door de alarmcentrale betaald aan het ziekenhuis, en door de ziektekostenverzekeraar vergoed aan de alarmcentrale. Uit de ziekenhuisnota bleek dat geen sprake is geweest van verpleegdagen op de intensive care. Daarom is deze toeslag geschrapt en is de maximale vergoeding gesteld op € 13.280,45. Onder verrekening met de reeds verleende vergoeding voor de colonscopie ten bedrage van € 340,46 wordt thans het verschil van € 4.862,46 van verzoeker gevorderd. Verzoeker komt hiertegen op.
- 9.4. De door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC is naar het oordeel van de commissie passend. Voor het hieraan door de ziektekostenverzekeraar gekoppelde Nederlandse tarief wordt verwezen naar hetgeen onder 9.3 ter zake is overwogen. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding niet kan beperken tot het gemiddelde passantentariaf, behorend bij DBC 119499055, maar een vergoeding dient te verlenen op basis van het passantentariaf van het 'duurste' Nederlandse ziekenhuis, en waarbij alle nota's die door hem zijn betrokken bij de vaststelling van de DBC dienen te worden meegenomen in de berekening. Hiertoe behoort derhalve ook de nota van de colonscopie van € 340,46. De toeslag voor de IC-dagen is terecht vervallen. Gesteld noch gebleken is immers dat verzoeker op de intensive care is verpleegd.
- 9.5. In verband met remigratie naar Nederland is de ziektekostenverzekering met ingang van begin mei 2016 beëindigd. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar in dat kader verzocht om restitutie van de betaalde premie. De ziektekostenverzekeraar heeft dit geweigerd op de grond dat een vordering op verzoeker bestaat. Uit hetgeen hiervoor is overwogen, volgt dat geenszins vast staat dat de ziektekostenverzekeraar een vordering op verzoeker heeft, zodat er geen aanleiding is te veronderstellen dat door de ziektekostenverzekeraar gebruik kan worden gemaakt van de door hem in artikel 2 lid 5 van 'Deel A' van de ziektekostenverzekering bedongen verrekeningsbevoegdheid. De ziektekostenverzekeraar dient daarom per omgaande tot premierestitutie over te gaan.

### Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoeker - zowel ter zake van de eerste als de tweede operatie - aanspraak heeft op vergoeding, op basis van het passantentariaf van het 'duurste' Nederlandse ziekenhuis, en waarbij de nota's die door de ziektekostenverzekeraar zijn betrokken bij de vaststelling van de beide DBC's, inclusief de nota van La Bolita Feliz, in de berekening dienen te worden meegenomen. Voorts dient de ziektekostenverzekeraar per omgaande over te gaan tot premierestitutie.
- 9.7. 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 op de wijze als onder 9.6 omschreven.



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



Zeist, 22 juni 2016,



P.J.J. Vonk

