



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V te Houten
Zaak : Buitenlandpolis, Curaçao, spoedeisende en geplande medisch-specialistische zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201700526
Zittingsdatum : 22 november 2017

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 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ONVZ Vrije Keuze Basisfit Internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering), 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van spoedeisende en geplande medisch-specialistische zorg, uitgevoerd te Curaçao, ten bedrage van totaal ANG 3.484,-- (circa € 1.659,--) (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 27 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, in die zin dat € 588,39 wordt vergoed.


3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van e-mailbericht van 13 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat aanspraak bestaat op vergoeding van € 272,33 respectievelijk € 601,26. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat aan haar ter zake reeds vergoedingen zijn verleend van € 240,30, € 139,76 en € 48,76.


3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten nabetalingen aan verzoekster te doen van € 24,01 en € 93,89.


3.4. Bij e-mailbericht van 1 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een aanvullende vergoeding wordt verleend.


3.5. Bij brief van 28 juni 2017 heeft verzoekster 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, ten laste van de ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).


3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.


 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 september 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 september 2017 aan verzoekster gezonden.


 3.8. Verzoekster heeft op 14 oktober 2017 gereageerd op de onder 3.7 genoemde brief van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.

 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.

 3.10. De ziektekostenverzekeraar is op 22 november 2017 in persoon gehoord.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster woont op Curaçao. Zij is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op grond van de ziektekostenverzekering. Op 23 november 2016 heeft verzoekster ernstige pijn op haar borst gekregen, en is zij met een ambulance naar het St. Elisabeth Hospital te Willemstad gebracht. Aldaar is eerste hulp verleend op basis van de symptomen van een hartinfarct of longembolie. Na enkele uren mocht zij weer naar huis, omdat na toediening van medicatie en beademing de symptomen intussen zodanig waren dat opname niet noodzakelijk werd geacht. Omdat de oorzaak van de klachten niet volledig kon worden vastgesteld, diende verzoekster zich zo spoedig mogelijk te wenden tot een cardioloog. Verzoekster is nadien behandeld door een cardioloog, verbonden aan het Adventist Hospital.

 4.2. Verzoekster heeft de nota's van de spoedeisende en de hierop volgende geplande zorg gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft deze nota's slechts gedeeltelijk vergoed, te weten tot een bedrag van € 272,33 respectievelijk € 601,26. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster aanspraak op maximaal het Nederlandse tarief, waarbij voor de verleende zorg een DBC-zorgproduct (met bijbehorende declaratiecode) wordt toegepast om de vergoeding te berekenen. De ziektekostenverzekeraar meent dat de op basis van de DBC-zorgproducten met de diverse zorgaanbieders overeengekomen prijzen de maximale Nederlandse tarieven zijn. Verzoekster stelt dat dit een onjuist standpunt is. Het gestelde in de polisvoorwaarden met betrekking tot de maximale vergoeding die is gebaseerd op de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan alleen van toepassing zijn indien de zorg wordt verkregen in Nederland. De prijsafspraken voor DBC-zorgproducten zijn gemaakt met zorgaanbieders in Nederland én zijn gebaseerd op gemiddelden. Verzoekster meent niet gebonden te zijn aan deze op basis van DBC-zorgproducten gemaakte prijsafspraken. De ziektekostenverzekering biedt haar vrije keuze voor een arts, ziekenhuis en geneesmiddelen. Daarbij is niet van belang of met de geconsulteerde arts of het bezochte ziekenhuis prijsafspraken zijn gemaakt. Dergelijke prijsafspraken gelden tussen de ziektekostenverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder, en regarderen verzoekster niet. Dat geldt te meer voor buitenlandse zorgaanbieders (of voor zorgaanbieders in het woonland van verzoekster). Om te beoordelen of de op Curaçao in rekening gebrachte zorgkosten vallen binnen het (maximale) Nederlandse tarief dat voor vergoeding in aanmerking komt, moet worden gekeken naar de kosten die door een zorgaanbieder in Nederland gebruikelijk voor de betreffende zorg in rekening worden gebracht (met voorbijgaan van de prijsafspraken). Dit leidt er logischerwijs toe dat de ziektekostenverzekeraar een hogere vergoeding dient toe te kennen, maar die extra uitgave wordt gecompenseerd door het feit dat verzoekster een maandelijkse premie betaalt voor de ziektekostenverzekering die ruim vier keer hoger is dan de premie voor een Nederlandse zorgverzekering. Het vorenstaande wordt door de ziektekostenverzekeraar bevestigd op zijn website. Dit betekent dat de door de zorgaanbieders op Curaçao in rekening gebrachte kosten volledig dienen te worden vergoed, aangezien met hen geen prijsafspraken zijn gemaakt en er geen DBC-systematiek van toepassing is.

4.3. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 12 september 2017 heeft verzoekster het volgende aangevoerd.

Voor de spoedzorg op de eerste hulp van het St. Elisabeth Hospitaal is totaal ANG 1.187,-- betaald en de ziektekostenverzekeraar heeft € 272,33 vergoed. Dit is minder dan 50% van de werkelijke kosten.

Voor de zorg door, en in opdracht van de cardioloog is totaal ANG 2.297,-- betaald en de ziektekostenverzekeraar heeft € 601,26 vergoed. Dit is circa 52% van de werkelijke kosten.

DBC-zorgproduct 099499022 betreft weliswaar een consult op de polikliniek bij pijn op de borst, maar verzoekster heeft niet enkel een consult gehad. Er zijn ook diverse onderzoeken gedaan.

DBC-zorgproductcode 099499016 betreft een behandeling of onderzoek op de polikliniek bij pijn op de borst, maar het onderzoek heeft niet op de polikliniek plaatsgevonden. Er zijn bovendien diverse handelingen verricht.

Verzoekster merkt verder op dat de ziektekostenverzekeraar op geen enkele wijze aantoont dat de in rekening gebrachte bedragen onredelijk hoog zijn. Er is slechts (percentagegewijs) een vergelijking gemaakt met de voor de betreffende behandelingen door de overige (niet-gecontracteerde) zorgaanbieders in rekening te brengen bedragen. Evenmin maakt de ziektekostenverzekeraar duidelijk wanneer de in rekening te brengen bedragen volgens hem als onredelijk hoog dienen te worden aangemerkt. Bovendien is het zeer ongeloofwaardig dat de bedragen die op Curaçao voor de verleende zorg in rekening zijn gebracht, als (te) hoog kunnen worden aangemerkt.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In artikel 1, tweede lid, van Deel B van de ziektekostenverzekering is de restitutiebasis van de verzekering omschreven. De aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg bedraagt, als er geen tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bestaat, maximaal het marktconforme tarief. Onder marktconform wordt verstaan: het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Bij de uitleg van het begrip 'marktconform' dient te worden aangesloten bij artikel 2.2, tweede lid, aanhef en onder b, van het Bzv, en de interpretatie die daaraan is gegeven in de Memorie van Toelichting (pagina 104-105).

Buiten Nederland genoten medisch-specialistische zorg wordt vertaald naar het passende Nederlandse DBC-zorgproduct.

Artikel 2, tweede lid, van Deel A van de ziektekostenverzekering bepaalt dat alleen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten als sprake is van een medische noodzaak. Dit wordt mede bepaald door de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg(diensten). De zorg(dienst) mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

5.2. Verzoekster heeft diverse nota's gedeclareerd. Eén nota van het St. Elisabeth Hospitaal, ten bedrage van ANG 1.187,-- (omgerekend € 590,69). De andere nota's zijn van de cardioloog en bedragen totaal ANG 2.297 (omgerekend € 1.154,77). Voor de nota van het St. Elisabeth Hospitaal is een vergoeding verleend van € 272,33. Dit is het Nederlandse tarief voor DBC-zorgproductcode 099499022 (declaratiecode 15E313) met omschrijving: "*één of twee polikliniekbezoeken bij pijn op de borst*". Voor de nota's van de cardioloog is een vergoeding verleend van € 601,26. Dit is het Nederlandse tarief voor DBC-zorgproductcode 099499016 (declaratiecode 15E311) met omschrijving: "*poliklinische diagnostiek/ingreep of meer dan twee polikliniekbezoeken bij pijn op de borst*".

De DBC-zorgproducten zijn afgeleid met behulp van de tariefapplicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

De tarieven zijn het gemiddelde van de passantentarieven van vijftien willekeurig gekozen ziekenhuizen in Nederland. In 2016 werd dit gemiddelde door de ziektekostenverzekeraar beschouwd als het marktconforme tarief. Vanaf 1 januari 2017 wordt de standaarddeviatie gebruikt

om het marktconforme tarief vast te stellen. De standaarddeviatie is een rekenkundige maat voor de spreiding van de getallen rond het gemiddelde. Op deze manier wordt een bandbreedte bepaald die de ziektekostenverzekeraar als marktconform ziet. De bovengrens van deze bandbreedte wordt bepaald aan de hand van het gemiddelde tarief plus éénmaal de standaard deviatie. Hierbij wordt het hoogste tarief dat zich binnen de bandbreedte van éénmaal de standaarddeviatie bevindt, vergoed.

Ondanks dat de onderhavige behandelingen in 2016 hebben plaatsgevonden, heeft de ziektekostenverzekeraar ervoor gekozen de standaarddeviatie ook voor de door verzoekster ingediende nota's toe te passen. Voor DBC-zorgproductcode 099499022 (nota St. Elisabeth Hospitaal) komt dit neer op een (marktconform) tarief van € 296,34, zodat een bedrag van € 24,01 is nabetaald. Voor DBC-zorgproductcode 099499016 (nota's cardioloog) komt dit neer op een (marktconform) tarief van € 695,15, zodat een bedrag van € 93,89 is nabetaald.

5.3. Nadien zijn voor drie nota's van het Adventis Hospital vergoedingen verleend aan verzoekster. Op 10 januari 2017 is totaal € 380,06 (€ 240,30 + € 139,76) aan haar betaald, en op 16 januari 2017 € 48,76, oftewel totaal € 428,82.

5.4. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat de standaarddeviatie niet een berekening van een gemiddeld tarief is, maar een methode ter bepaling van het maximaal te vergoeden tarief dat *in redelijkheid passend is te achten* (artikel 2.2, tweede lid, aanhef en onder b, Bzv). De Memorie van Toelichting bij de Zvw vermeldt het volgende (blz. 104): "*Daarom zal [bij] amvb worden bepaald, dat recht op vergoeding van kosten van zorg slechts bestaat voor zover het door de verlener van de zorg in rekening gebrachte bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is. Er wordt derhalve een marktconform bedrag vergoed.*" Dit geeft het dwingendrechtelijk kader weer: een restitutieverzekeraar mag niet meer vergoeden dan het marktconforme tarief. Het marktconforme tarief is geen objectief gegeven en vergt een uitwerking. Uit het voorgaande blijkt dat moet worden bepaald of hetgeen zorgaanbieders in rekening brengen, niet onredelijk hoog is te achten. De norm van onredelijkheid geldt derhalve uitdrukkelijk in relatie tot overige zorgaanbieders.

De relevante markt is in casu de markt voor medisch-specialistische zorg. Aangezien alle zorgaanbieders verplicht zijn hun passantentarieven te publiceren (artikel 38 van de Regeling medisch-specialistische zorg, NR/REG-1805), bestrijken de passantentarieven de volledig relevante markt. Tarieven buiten de passantentarieven zijn dus niet mogelijk.

De ziektekostenverzekeraar meent met de standaarddeviatie een juiste invulling te geven aan de norm van artikel 2.2, tweede lid, aanhef en onder b, Bzv. Tarieven die zich buiten de bandbreedte bevinden wijken dermate af van hetgeen in de markt gebruikelijk is, dat deze als onredelijk en daarmee als niet passend worden bestempeld.

De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar een uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 23 december 2015. De voorzieningenrechter heeft aansluiting gezocht bij de in het normale taalgebruik gangbare betekenis. Blijkens het Van Dale-woordenboek betekent marktconformiteit: "*overeenstemming van de prijzen van de producten en diensten van een aanbieder met die van andere marktpartijen*". Deze betekenis is volgens de rechter als zodanig en mede bezien in de context van de verdere inhoud van de aanbestedingsstukken voldoende helder en niet voor meerdere uitleg vatbaar. Alle partijen bleken ook van die betekenis te zijn uitgegaan. Als uitgangspunt voor de berekening zijn de officiële, geverifieerde passantentarieven, gepubliceerd door ziekenhuizen gehanteerd. De selectie van ziekenhuizen is gebaseerd op regionale spreiding, aangevuld met twee academische ziekenhuizen en een algemeen ziekenhuis met als criterium de hoogste schadelast bij de ziektekostenverzekeraar. Dit geeft een adequaat beeld van de gehele markt.

Zoals bekend is een groot deel van de markt gecontracteerd en zijn gecontracteerde tarieven over het algemeen veel lager dan passantentarieven. De ziektekostenverzekeraar legt als 'zuivere' restitutieverzekeraar de lat voor de berekening hoger. Overigens heeft ook een restitutieverzekeraar de verantwoordelijkheid de zorg en het systeem betaalbaar te houden. Met het accepteren van hoge bedragen - zoals in het onderhavige geval aan de orde -, zullen de zorgkosten onevenredig stijgen.

Verzoekster heeft nog verwezen naar informatie op de website. Hiertoe merkt de ziektekostenverzekeraar op dat op de website is vermeld dat een groot deel van de noodzakelijke kosten wordt vergoed. Er staat derhalve niet dat noodzakelijke medische kosten volledig worden vergoed.

- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de zaak zich toespitst op de vraag naar de hoogte van het berekende tarief. De polisvoorwaarden zijn volgens hem duidelijk. Op grond van artikel 2.2 Bzv moeten de kosten van zorg worden vergoed tenzij het gefactureerde tarief onredelijk hoog is. Hierbij kijkt de ziektekostenverzekeraar naar de passantentarieven van vijftien ziekenhuizen. Tussen deze ziekenhuizen zitten behoorlijke prijsverschillen zodat dit een afspiegeling is van de markt. Na een ingewikkelde berekening - waarbij de standaarddeviatie wordt gebruikt - wordt het tarief bepaald. Deze methode is ook toegepast op de onderhavige internationale polis. Daarnaast gevraagd licht de ziektekostenverzekeraar toe dat indien iemand een nota indient van het duurste Nederlandse ziekenhuis, dit (passanten)tarief ook als excessief wordt aangemerkt. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat het vastleggen van tarieven niet past binnen de Vrij Keuze restitutiepolis.

- 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 de algemene voorwaarden van de zorgverzekering 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. In artikel 1 van Deel A van de ziektekostenverzekering is het begrip 'buitenland' omschreven als "*ieder ander land dan het woonland*".

- 8.3. Artikel 2, tweede lid, van Deel A van de ziektekostenverzekering luidt:

"U heeft alleen aanspraak op vergoeding van kosten als sprake is van een medische noodzaak. Dit wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg(diensten). De zorg(dienst) mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn."

- 8.4. In artikel 1 van Deel B van de ziektekostenverzekering is het volgende bepaald:

"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, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.*

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 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 noodzakelijk dat u voor aanvang van de zorg een verwijzing heeft van een huisarts, jeugdarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen.

lid 2 (...)

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. Daarnaast vergoedt ONVZ de kosten van de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)"

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 van de ziektekostenverzekering 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. Verzoekster heeft zich op 24 november 2016 met spoed tot het St. Elisabeth Hospitaal te Curaçao gewend. Aldaar is zij behandeld op de eerste hulp. Hiervoor is door verzoekster een nota voldaan ten bedrage van ANG 1.187,--. Nadien heeft verzoekster zich - op uitdrukkelijk advies - gewend tot een cardioloog. Deze geplande zorg heeft plaatsgevonden eind november en begin december 2016, en bestond uit onderzoeken en consulten. Verzoekster heeft voor deze zorg een viertal nota's voldaan, te weten:
- Medical Laboratory Services, ANG 278,--;
 - Antillean Adventist Hospital, ANG 478,--;
 - cardioloog, ANG 1.444,--;
 - cardioloog, ANG 97,--.
- Het totaal van de door verzoekster betaalde nota's bedraagt ANG 3.484,--. De ziektekostenverzekeraar heeft verschillende vergoedingen verleend. Zo is voor de spoedzorg in het St. Elisabeth Hospitaal € 272,33 vergoed. Dit bedrag is gebaseerd op DBC-zorgproductcode 099499022. Voor de nota van de cardioloog van ANG 1.444,-- is € 601,26 vergoed. Dit bedrag is gebaseerd op DBC-zorgproductcode 099499016.

De nota's van het Antillean Adventist Hospital (ad € ANG 478,-- is € 240,30), van het Medical Laboratory Services (ad ANG 278,-- is € 139,76) en van de cardioloog van (ad ANG 97,-- is € 48,76) zijn vergoed. Deze vergoedingen zijn niet in geschil.

Het geschil spitst zich hiermee toe op de vergoedingen die de ziektekostenverzekeraar heeft verleend voor de spoedzorg in het St. Elisabeth Hospitaal en de nota van de cardioloog van ANG 1.444,--. De ter zake verleende vergoedingen zijn niet dekkend.

De commissie merkt in dit kader allereerst op dat onduidelijk is waarom de ziektekostenverzekeraar ervoor heeft gekozen voor twee van de vijf nota's een DBC-zorgproduct vast te stellen. In de voorwaarden van de ziektekostenverzekering is immers bepaald dat buiten Nederland genoten medisch-specialistische zorg, wordt vertaald naar een passend DBC-zorgproduct (artikel 1, derde lid, van Deel B van de ziektekostenverzekering).

- 9.3. De twee door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC-zorgproducten zijn naar het oordeel van de commissie passend, gelet op de omschrijving van de zorgproducten en de aan verzoekster verleende zorg. Vervolgens dient de vraag te worden beantwoord, welk tarief bij deze codes hoort. Artikel 1 van Deel B van de ziektekostenverzekering betreft de hoogte van de vergoeding. Onbetwist is dat voor de onderhavige zorg geen gecontracteerd tarief of Wmg-tarief geldt. De ziektekostenverzekeraar vergoedt dan een marktconform bedrag (derde lid van genoemd artikel). Wat hieronder dient te worden verstaan is door de ziektekostenverzekeraar als volgt omschreven: *"het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is"*. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat in dit kader dient te worden aangesloten bij artikel 2.2 Bzv, en de Memorie van Toelichting op de Zorgverzekeringswet. Hiertoe merkt de commissie op dat genoemd artikel in beginsel niet van toepassing is op de ziektekostenverzekering, aangezien dit geen zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet betreft, maar een particuliere ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar is derhalve vrij in het bepalen van de inhoud van de ziektekostenverzekering en heeft een rekenmethode ontwikkeld om het (Nederlandse) marktconforme tarief te berekenen, te weten eenmaal de standaarddeviatie. Ten aanzien van de houdbaarheid van deze berekeningsmethodiek overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. De door de ziektekostenverzekeraar toegepaste rekenmethode voor de berekening van het marktconforme tarief is niet af te leiden uit de voorwaarden van de ziektekostenverzekering, zodat dit voor verzoekster niet kenbaar was. Ook het feit dat de ziektekostenverzekeraar bij het vaststellen van de vergoeding aanhaakt bij de bepalingen uit de Zvw en het Bzv is niet vermeld in de polisvoorwaarden. De bepalingen van de Zvw en het Bzv zijn niet van rechtswege van toepassing aangezien het een buitenlandpolis betreft en geen zorgverzekering conform de Zvw. Voorts is de commissie van oordeel dat het niet past dat verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een particuliere, internationale verzekering op restitutiebasis heeft afgesloten, en dat de ziektekostenverzekeraar bij de berekening van het marktconforme tarief weliswaar uitgaat van Nederlandse passantentarieven, doch daar vervolgens de standaarddeviatie op toepast om de 'uitschieters' eruit te filteren. Het is correct 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. Echter, toepassing van de standaarddeviatie is vervolgens niet aan de orde, omdat dit tarief bij de toegepaste berekening wordt verlaagd tot een gemiddelde. Voorts valt niet in te zien waarom hierbij specifiek vijftien van deze 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. Uit het voorgaande volgt dat bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding dient te worden uitgegaan van het hoogste Nederlandse passantentarief, behorend bij de onder 9.2 bepaalde en voor drie nota's nog te bepalen DBC-zorgproducten, waarbij de vergoeding overigens nooit meer kan bedragen dan de werkelijke kosten. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar méér moet vergoeden, aangezien de ziektekostenverzekering vier maal duurder is dan een Nederlandse zorgverzekering, treft geen doel.

De premie voor de ziektekostenverzekering is uitsluitend nominaal, terwijl voor de zorgverzekering, naast de aan de zorgverzekeraar verschuldigde nominale premie, een inkomensafhankelijke bijdrage wordt berekend.

Hetgeen voorts door verzoekster is aangevoerd, kan evenmin leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden een aanvullende vergoeding aan verzoekster te verlenen, waarbij als uitgangspunt dienen te gelden de hoogste passantentarieven die in 2016 golden voor DBC-zorgproducten 099499016 en 099499022 die door de commissie in het licht van het vorenstaande niet als buitensporig hoog worden aangemerkt, en waarbij deze aanvullende vergoeding de werkelijke kosten niet mag overstijgen. De drie declaraties waarvoor nog geen DBC-zorgproduct is bepaald, dienen op overeenkomstige wijze te worden afgewikkeld.

9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.5 is omschreven.

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

Zeist, 10 januari 2018,

P.J.J. Vonk