



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden
Zaak : Thailand, geestelijke gezondheidszorg, klinische opname in verband met
verslaving, hoogte vergoeding, onverschuldigde betaling
Zaaknummer : 201700263
Zittingsdatum : 4 juli 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, 6:203 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, 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 Basisverzekering (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 Zorg in het buitenland (Wereld) afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een klinische opname in verband met verslavingsproblematiek, ondergaan in Chiang Mai, Thailand (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 25 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 9 december 2016 en 3 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een bedrag van € 5.112,10 te betalen aan de kliniek in Thailand.
- 3.4. Bij brief van 12 december 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) aan hem een bedrag van € 2.000,-- te vergoeden en (ii) het bedrag van € 5.112,10 dat is betaald aan de kliniek in Thailand terug te vorderen uit hoofde van onverschuldigde betaling (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 april 2018 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 april 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 april 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 13 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 14 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018019066) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben, omdat het geschil geen betrekking heeft op de te verzekeren prestaties als vermeld in artikel 11 Zvw. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is op 15 mei 2018 aan partijen gezonden.

3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 juli 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op de brief van het Zorginstituut.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. In september 2016 is verzoeker enige dagen opgenomen geweest in de verslavingskliniek 'The Cabin' in Thailand. Hij was op dat moment tijdelijk woonachtig in Chiang Mai. Door 'The Cabin' werd aan verzoeker een voorschot gevraagd van € 2.000,- als aanbetaling voor een verblijf van veertien dagen, in afwachting van de beslissing van de ziektekostenverzekeraar op het verzoek de geplande behandeling te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar deelde mede niet over te gaan tot vergoeding. Daarop heeft de kliniek besloten de aanbetaling van € 2.000,- te beschouwen als vergoeding voor de korte crisisopname en het dossier hiermee te sluiten.

4.2. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten met betrekking tot de periode van 8 tot en met 22 september 2016 aan 'The Cabin' een bedrag te betalen van € 5.112,10. Dit betreft een onverschuldigde betaling, omdat 'The Cabin' reeds volledig door verzoeker was betaald voor de korte crisisopname, en de geplande behandeling van veertien dagen uiteindelijk niet is gegeven. Dit is ook te zien in het document van 31 januari 2017 van 'The Cabin' waarin een factuur/overzicht van de veertiendaagse opname is gemaakt met een specificatie van de \$ 7.000,- en waarop de betaling van de borg in euro's is verwerkt. Op de plaats waar het totaalsaldo van de factuur staat, is het woord "waived" vermeld, hetgeen 'afgezien' of 'afgeboekt' betekent. De ziektekostenverzekeraar is gelet hierop gehouden aan verzoeker een bedrag te vergoeden van € 2.000,- ten laste van de zorgverzekering.

4.3. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat hij naar Thailand is gegaan voor een opname in verslavingskliniek The Cabin. Voorafgaand aan de opname werd aan hem gevraagd of hij een bedrag van € 2.000,- wilde betalen. Dit bedrag moest worden betaald bij wijze van voorschot, omdat nog onduidelijk was of de ziektekostenverzekeraar de kosten zou vergoeden. Toen de ziektekostenverzekeraar met de mededeling kwam dat de kosten niet zouden worden vergoed, heeft The Cabin verzoeker laten weten dat alleen het bedrag van € 2.000,- hoefde te worden betaald. Later is hem gebleken dat The Cabin toch een nota had ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Een gedeelte hiervan is door de ziektekostenverzekeraar vergoed, hetgeen verzoeker verbaast. Het heeft er alle schijn van dat The Cabin probeert extra te verdienen aan verzoeker. Dit kan niet de bedoeling zijn.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft een zeer problematische voorgeschiedenis met als belangrijkste kenmerken een verslaving aan alcohol en drugs, depressiviteit, agressie en angsten. Daarnaast zijn er veel schulden. Vanaf het moment dat verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd, is hij diverse malen opgenomen geweest in GGZ-instellingen in Nederland. Er zijn ook veel opnames

geweest in Thailand. De behandelingen in de kliniek 'The Cabin' zijn weinig effectief gebleken, omdat steeds kort na ontslag een crisissituatie ontstond.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft van 'The Cabin' een nota ontvangen van \$ 7.000,--, hetgeen omgerekend € 6.508,60 is. Het betreft een opname van 8 tot 22 september 2016. Voor deze acute opname gedurende veertien dagen heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 5.112,10 aan 'The Cabin' overgemaakt. Dit mocht hij doen op basis van hetgeen is bepaald in het algemene gedeelte van de zorgverzekering. Het meerdere komt niet voor vergoeding in aanmerking. Een vervolgonopname van drie maanden, zoals in eerste instantie werd aangevraagd, acht de ziektekostenverzekeraar - gezien de lange voorgeschiedenis van verzoeker - niet doelmatig.
- 5.3. Voor 'Opname alcohol/drugs: crisis (dag 1 t/m 42)' is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van een tarief van € 365,15 per dag. Sinds de invoering van de DBC-systematiek ondervond de ziektekostenverzekeraar het probleem dat buitenlandse zorgaanbieders deze systematiek niet hanteerden, maar over het algemeen uitgingen van een periode in dagen. Om dit zo goed mogelijk te kunnen benaderen heeft de ziektekostenverzekeraar de laatst bekende maximumtarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) per verpleegdag uit de oude bekostigingssystematiek als uitgangspunt genomen. Deze tarieven behelzen verblijf inclusief behandeling, een integraal tarief per dag. Voor verslavingszorg heeft de ziektekostenverzekeraar voor de eerste zes weken de hoogste categorie gehanteerd, namelijk 'crisis'. Dit zijn tarieven voor loon en materiële kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft hier een kapitaalopslag van 14,8% bij opgeteld (kapitaallasten verliepen destijds in Nederland via een aparte financiering). Nadat deze maximumtarieven niet meer werden uitgegeven door de NZa, heeft de ziektekostenverzekeraar in de jaren die hierop volgden een index toegepast. Op deze wijze is uitgekomen op een maximale vergoeding per dag van € 365,15. Met een verblijf van veertien dagen komt de vergoeding daarom uit op € 5.112,10.
- 5.4. Omdat verzoeker reeds een voorschot van € 2.000,-- aan 'The Cabin' heeft betaald, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten een bedrag van € 603,50 (€ 2.000,-- - € 1.396,50) van 'The Cabin' terug te vorderen en aan verzoeker uit te keren.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de klacht van verzoeker per e-mail is afgehandeld. Dat The Cabin aan verzoeker zou hebben gemeld dat hij alleen een bedrag van € 2.000,-- zou moeten betalen vindt de ziektekostenverzekeraar niet waarschijnlijk. Dit blijkt ook niet uit de nota die door The Cabin bij de ziektekostenverzekeraar is gedeclareerd. Wel komt het bedrag van € 2.000,-- terug als een bedrag dat is afgetrokken van de declaratie. De ziektekostenverzekeraar heeft geen aanwijzingen dat The Cabin probeert fraude te plegen.
- 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 de artikelen 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 20 van de 'Algemene voorwaarden' van 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 gehouden is (i) aan verzoeker een bedrag van € 2.000,-- te vergoeden en (ii) het bedrag van € 5.112,10 dat is betaald aan de kliniek in Thailand terug te vorderen uit hoofde van onverschuldigde betaling.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wordt u opgenomen in een GGZ-instelling, zoals in een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis? Dan heeft u recht op:

a. gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg volgens artikel 16 van de ‘Verzekerde zorg basisverzekeringen’;

b. uw verblijf met of zonder verpleging en verzorging;

c. paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. (...)”

8.4. In het algemene gedeelte van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald, voor zover hier van belang:

“(...) Nota’s geneeskundige kosten buitenland

Declareert u kosten van buitenlandse zorgverleners met een notabedrag hoger dan € 200,-?

Dan kunnen wij deze rechtstreeks verrekenen met de betrokken instantie. Declaraties lager dan € 200,- betalen we aan u uit.

FBTO heeft overeenkomsten met verschillende zorgverleners in België en Duitsland. Als u gebruikmaakt van deze zorgverleners, betalen wij de nota’s rechtstreeks aan de zorgverlener. (...)”

8.5. Artikel 17 van de 'Verzekerde zorg' en het algemene gedeelte van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Medisch-specialistische zorg, waaronder geestelijke gezondheidszorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 8.7. 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 gereguleerde 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen Nederland en Thailand bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat dient te worden getoetst aan artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Niet (langer) in geschil is dat de in 'The Cabin' gegeven zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, dat verzoeker hiervoor een indicatie had en dat de zorg doelmatig was. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is uitsluitend de vraag naar de hoogte van de vergoeding alsmede aan wie deze vergoeding dient te worden verleend. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Vast staat dat de nota van \$ 7.000,-- rechtstreeks door de Thaise kliniek 'The Cabin' bij de ziektekostenverzekeraar is gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft een maximale vergoeding gehanteerd van € 365,15 per dag, zodat het totaal uitkomt op € 5.112,10 (14 x € 365,15). De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht hoe hij tot de maximale vergoeding van € 365,15 per dag is gekomen. Verzoeker heeft hiertegen niets ingebracht, zodat deze wijze van berekenen door de commissie voor juist wordt gehouden.
- 9.3. Op basis van hetgeen is bepaald in het algemene gedeelte van de voorwaarden van de zorgverzekering kan de ziektekostenverzekeraar nota's van buitenlandse zorgverleners die hoger zijn dan € 200,-- rechtstreeks aan de zorgverlener voldoen. Instemming van de verzekeringnemer of de verzekerde is hiertoe niet vereist. Het stond de ziektekostenverzekeraar daarom vrij de nota rechtstreeks aan 'The Cabin' te voldoen.
- 9.4. De nota van \$ 7.000,--, omgerekend € 6.508,60, is tot een bedrag van € 5.112,10 aan The Cabin voldaan. Een bedrag van € 1.396,50 bleef voor rekening van verzoeker. Vast staat dat verzoeker een voorschot heeft betaald aan 'The Cabin' ter hoogte van € 2.000,--. Hij heeft derhalve recht op teruggave van het verschil van € 603,50 (€ 2.000,-- - € 1.396,50). Naar de commissie begrijpt, is dit bedrag inmiddels door de ziektekostenverzekeraar gevorderd bij 'The Cabin' en betaald aan verzoeker.
- 9.5. Door verzoeker is aangevoerd dat hij niet gedurende veertien dagen is behandeld door 'The Cabin' en dat met de betaling van het voorschot van € 2.000,-- de kosten van de zorg die hij aldaar heeft verkregen volledig zijn voldaan. Dit blijkt evenwel niet uit de 'Psychiatrists Opinion' van 'The Cabin', waarin een 'Admission Date' van 8 september 2016 is genoemd, en een 'Discharge Date' van 22 september 2016. Aan de hand van dit stuk moet worden geconcludeerd dat de opname inderdaad veertien dagen heeft geduurd. Voorts is de enkele opmerking 'waived' op de factuur onvoldoende om aan te nemen dat met de aanbetaling van € 2.000,-- het totale bedrag is voldaan. Dit klemt temeer omdat 'The Cabin' de betreffende factuur na de aanbetaling door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie heeft ingediend. Het woord 'waived' kan om die reden even goed slaan op de algehele voldoening van het restant door de ziektekostenverzekeraar. Omdat de stelling van verzoeker hiermee niet aannemelijk is geworden, kan een en ander niet leiden tot een ander standpunt.

 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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











 **Conclusie**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 augustus 2018,











G.R.J. de Groot