RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2005/063 Med

i n d e k l a c h t nr. 2004.5966 (147.04)

ingediend door:

hierna te noemen ‘klager’,

tegen:

hierna te noemen ‘verzekeraar’.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer. De Raad heeft aanleiding gevonden, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar in een zitting van de Raad te horen.

Voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, is het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager is in 2001 gaan deelnemen aan een via zijn werkgever bij verzekeraar gesloten collectief contract voor ziektekostenverzekeringen. Per 1 augustus 2002 is klager door zijn werkgever overgeplaatst naar Spanje. De polis van klager en zijn gezin is toen tegen een aanzienlijke premieverhoging omgezet in een verzekering met buitenlanddekking.

Op 26 april 2004 heeft klagers echtgenote een vaatoperatie aan haar rechterbeen ondergaan. Verzekeraar heeft geweigerd de volledige kosten van deze ingreep te voldoen.

De klacht

Klagers echtgenote heeft, voordat zij werd opgenomen voor de vaatoperatie aan haar rechterbeen, bij verzekeraar geïnformeerd of de ingreep onder de dekking van de verzekering viel, hetgeen door verzekeraar werd bevestigd. Uit het rapport van de behandelend specialist blijkt dat de echtgenote van klager lijdt aan een chronische vaatziekte en verminderde werking van de aderen in het rechterbeen. Zowel bij de binnenste als bij de buitenste vena saphena was volgens de behandelend specialist sprake van verwijdingen. Klagers echtgenote is om 10.00 uur opgenomen in het ziekenhuis en is, na diverse onderzoeken, die in Spanje, respectievelijk in dit ziekenhuis door deze specialist, standaard worden gedaan vóór een dergelijke operatie, rond 19.00 uur geopereerd. Op last van de behandelend specialist heeft zij de nacht in het ziekenhuis doorgebracht. De volgende dag om 12.00 uur mocht zij het ziekenhuis verlaten.

Nog op de dag van ontslag uit het ziekenhuis heeft klagers echtgenote de nota's voor de operatie ad totaal € 6.504,23 opgestuurd naar verzekeraar, vergezeld van het rapport van de behandelend specialist en een persoonlijke

toelichting, met daarin onder meer het verzoek tot spoedige uitbetaling over te gaan.

Op 25 mei 2004 ontving klager van verzekeraar het verzoek de nota te laten specificeren of eventuele specificatieformulieren mee te sturen. Om hieraan te voldoen heeft klagers echtgenote een uitgebreide specificatie opgesteld, een vertaling van de Spaanstalige brief van de behandeld specialist bijgesloten, alsmede een toelichting op alle ingediende facturen.

Op 8 juli 2004 heeft verzekeraar klager medegedeeld dat slechts 200% van het volgens verzekeraar in Nederland voor de operatie geldende tarief werd gedekt. Deze beperking was klager niet bekend en volgt ook niet uit de polisvoorwaarden. Het in Nederland geldende tarief zou volgens verzekeraar€ 1.246,66 bedragen. De maximale vergoeding voor de operatie in Spanje zou derhalve € 2.493,32 bedragen.

Verzekeraar heeft klager geaccepteerd voor buitenlanddekking en heeft voor de risico's die hij daarvoor loopt een fors hogere premie in rekening gebracht. De nieuwe netto premie voor de basisdekking werd immers na verhuizing naar het buitenland vastgesteld op € 960,82 in plaats van € 640,54 per kwartaal, dat wil zeggen een verhoging van 50%.

Omdat verzekeraar aangaf dat de ingreep in Nederland poliklinisch zou zijn gebeurd, ontstond bij klager de indruk dat verzekeraar de ingreep onderschatte. Klager heeft toen advies gevraagd aan de afdeling vaatchirurgie van het Medisch Centrum (...) waar klagers echtgenote als patiënt bekend was omdat ze daar in 2001 was geopereerd. De vaatchirurg van voornoemd ziekenhuis heeft vastgesteld dat klagers echtgenote, gezien de uitgebreidheid van de verrichte ingreep, bij behandeling in het Medisch Centrum (...) ook een nacht in het ziekenhuis zou hebben moeten verblijven. De kosten die het Medisch Centrum (...) voor de ingreep in rekening zou brengen, bedragen
€ 3.720,94. Indien verzekeraar derhalve gerechtigd was het te vergoeden bedrag te beperken tot 200% - hetgeen door klager wordt betwist - dan nog zouden de kosten van de behandeling die klagers echtgenote heeft ondergaan ruim vergoed dienen te worden.

Ook heeft verzekeraar geweigerd de kosten te vergoeden van in Spanje aan een dergelijke ingreep voorafgaand onderzoek (bloedonderzoek, E.C.G., longfoto's). Het is echter niet aan klagers echtgenote als patiënt om aan de behandelend specialist in het buitenland geen toestemming te geven dit soort onderzoek (standaard in Spanje; zonder deze onderzoeken wordt men niet geopereerd) uit te voeren met het argument ‘dat haar verzekeraar tarieven hanteert uit de Nederlandse zorg, die daarin kennelijk niet voorziet'.

Nadat klager een klacht bij de directie van verzekeraar heeft ingediend, heeft verzekeraar als gebaar - boven de door hem reeds vastgestelde maximale vergoeding (€ 2.493,32) - € 300,- vergoed, namelijk het overnachtingstarief dat in Nederland aan een erkend zelfstandig behandelcentrum wordt betaald.

Klager vindt het onaanvaardbaar dat verzekeraar eigenmachtig blijft bepalen dat klagers echtgenote de operatie wel tijdens een dagverpleging had kunnen ondergaan. Hiermee legt verzekeraar het vakkundig oordeel van twee specialisten terzijde. Door deze handelwijze van verzekeraar is het vertrouwen van klager in verzekeraar geschaad.

Klager wenst dat verzekeraar alsnog alle in het kader van de vaatoperatie door klager gemaakte kosten (€ 6.044,23) vergoedt. Nu verzekeraar reeds € 3.019,67 heeft vergoed, dient hij nog € 3.024,56 te vergoeden.

2005/063 Med

Het standpunt van verzekeraar

Uit de aan verzekeraar ter beschikking gestelde informatie via de behandelend specialist van klaagsters echtgenote, kan verzekeraar niet opmaken dat klaagsters echtgenote lijdt aan een andere vaatziekte dan de aangegeven varices. Op grond van de aangeleverde medische gegevens in het Spaans, enkele onduidelijke nota's en een vertaalde medische verklaring, heeft verzekeraar de medische ingreep beoordeeld als een normale recidive spataderoperatie. Ook blijkt uit de gegevens niet dat, indien deze zorg in Nederland had plaatsgevonden, er twee opnamedagen vereist waren geweest. Indien deze ingreep in Nederland in een privé-kliniek was uitgevoerd, dan was sprake geweest van een dagbehandeling. Wanneer een overnachting dan toch noodzakelijk was geweest, dan was dat hooguit voor één nacht. Een wettelijk tarief voor een dergelijke overnachting is niet vastgesteld. Een door verzekeraar gecontracteerde privé-kliniek in Nederland brengt de patiënt hiervoor € 300,-- in rekening. Coulancehalve heeft verzekeraar medio september 2004 dit bedrag aan klager vergoed.

Conform de polisvoorwaarden van de collectieve ziektekostenverzekering van klager en zijn gezin wordt 200% van het in Nederland voor de operatie geldende tarief vergoed. Dit blijkt uit het faxbericht van verzekeraar aan de tussenpersoon van 25 mei 2001.

De brief van de vaatchirurg van het Medisch Centrum (...) is niet gebaseerd op een daadwerkelijk geconstateerde indicatie bij klagers echtgenote in het jaar 2004, het jaar waarin de ingreep in Spanje heeft plaatsgevonden. Bovendien is deze vaatchirurg momenteel niet de behandelend arts van klagers echtgenote. De door hem verstrekte informatie is derhalve van ondergeschikt belang ten opzichte van de meest recente gegevens die verzekeraar vanuit Spanje heeft ontvangen. In het rapport van de vaatchirurg van het Medisch Centrum (...) wordt het vermelde tarief ook niet gespecificeerd en worden er twee ligdagen in rekening gebracht, terwijl dit volstrekt overbodig is gezien de aangeleverde gegevens.

Het commentaar van klager

Naar aanleiding van het verweer van verzekeraar heeft klager zijn klacht gehandhaafd en nog het volgende aangevoerd. Verzekeraar is meermalen in gebreke gebleven bij het informeren van klager. Op het moment van verhuizing naar Spanje in 2002 kreeg klager een schriftelijke bevestiging van zijn verhuizing naar het buitenland met een nieuw polisblad met een premieverhoging van 50%, maar de vergoedingsbeperking tot 200%, uitgaande van Nederlandse tarieven, is klager toen (en later) schriftelijk, noch mondeling medegedeeld. Ook in de weken voorafgaande aan de operatie heeft verzekeraar klager niet geïnformeerd over een maximering van de vergoeding. Als klager wel juist was voorgelicht over deze maximering, dan had hij de mogelijkheid gehad om in overleg met verzekeraar te zoeken naar een goedkoper alternatief, zoals bijvoorbeeld een operatie in Nederland met vergoeding van de reis- en verblijfskosten.

Het door verzekeraar overgelegde stuk waaruit zou volgen dat sprake is van een maximering van de vergoeding betreft een intern (nota bene vertrouwelijk) stuk, waarvan klager niet op de hoogte was.

Het nadere verweer van verzekeraar

Vooruitlopend op de zitting van de Raad heeft verzekeraar op 8 september 2005 zijn standpunt nog nader schriftelijk toegelicht. Verzekeraar heeft aangegeven dat zijn medisch adviseur zich inhoudelijk conformeert aan de medische beoordeling die de zorgmakelaar op 7 februari 2005 heeft opgesteld. Voorts heeft verzekeraar medegedeeld dat er geen schriftelijk contract tussen de werkgever van klager en verzekeraar is opgesteld. Verzekeraar heeft voorts nog overgelegd een kopie polisblad d.d. 8 september 2005.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar besproken. Verzekeraar gaf aan dat, mocht de Raad van mening zijn dat de bepaling ter zake de maximering uit het collectief contract niet van toepassing is, hij op grond van artikel 7.40.a van de algemene voorwaarden slechts gehouden was om 100% van het in Nederland geldende tarief aan klager uit te keren.

Ook is met verzekeraar besproken dat zijn wijze van communiceren met de Raad verbetering behoeft.

Het oordeel van de Raad

1. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat hij op grond van de polis-voorwaarden van de collectieve ziektekostenverzekering slechts gehouden was 200% van het in Nederland geldende tarief voor de bij klagers echtgenote uitgevoerde operatie aan klager te vergoeden. Dit standpunt is niet verdedigbaar. Uit de aan de Raad overgelegde stukken volgt dat de collectieve verzekeringsovereenkomst waarop verzekeraar zich beroept, niet op schrift is gesteld. In het aan de Raad overgelegde dossier bevindt zich slechts een niet ondertekende brief van verzekeraar aan de tussenpersoon waarin melding wordt gemaakt van een voorstel voor een collectieve verzekeringsovereenkomst met de werkgever van klager (en waarin verschillende punten zijn opgenomen, onder meer een vergoedingsbeperking met betrekking tot de buitenlanddekking tot 200% van het in Nederland geldende tarief). Hiermee is niet vast komen te staan dat zulk een beperking daadwerkelijk tot stand is gekomen. Aannemelijk is dan ook de stelling van klager dat de beperking niet gold en dat hij van voornoemde vergoedingsbeperking niet op de hoogte was, noch hiervan op de hoogte behoorde te zijn. Dit geldt temeer nu de verzekering van klager na verhuizing naar het buitenland tegen een aanzienlijke premieverhoging is omgezet in een verzekering met buitenlanddekking. Verzekeraar kan zich dan ook niet beroepen op deze vergoedingsbeperking.
2. Ook het door verzekeraar gedane beroep op artikel 7.40a van de toepasselijke Lijst van verstrekkingen gaat niet op omdat dit artikel slechts van toepassing is op personen woonachtig in Nederland. Daarvan is hier geen sprake.
Verzekeraar was dan ook op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden gehouden de door het ziekenhuis in rekening gebrachte kosten te vergoeden. De Raad merkt hierbij op dat uit de aan de Raad overgelegde stukken volgt dat de uitgevoerde operatie medisch geïndiceerd was. Ook een meerdaagse opname was redelijk, mede gezien het feit dat het een uitgebreide operatie betrof en de operatie pas om 19.00 uur ’s avonds plaatsvond. De klacht is derhalve gegrond. De Raad verbindt hieraan de consequentie dat verzekeraar alsnog de resterende kosten van de uitgevoerde operatie (€ 3.024,56) aan klager dient te voldoen.
3. De Raad overweegt voorts ambtshalve het volgende. Verzekeraar heeft, ondanks verzoek daartoe van de Raad, nagelaten een medisch verweerschrift in te dienen, maar heeft een door een verpleegkundige opgestelde notitie overgelegd. Hierdoor heeft

verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad. Dat verzekeraar na aandringen door de Raad uiteindelijk een verklaring heeft overgelegd van zijn medisch adviseur, inhoudende dat hij zich conformeert aan de door de verpleegkundige opgestelde notitie, doet daaraan niet af. Ook de wijze waarop verzekeraar met de Raad heeft gecommuniceerd, was, met name qua voortvarendheid en duidelijkheid, onvoldoende.

De beslissing
De Raad verklaart de klacht gegrond met de aan het slot onder punt 2 van Het oordeel van de Raad genoemde consequentie en stelt ambtshalve vast dat verzekeraar door het onder punt 3 van het oordeel genoemde handelen de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad.

Aldus is beslist op 3 oktober 2005 door mr. B. Sluijters, voorzitter, mr. H.C. Bitter, dr. D.F. Rijkels, arts, en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. J.J. Guijt, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. J.J. Guijt)