



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.,  
beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, oogheelkundige hulp, hoogte vergoeding, restitutiepolis, marktconform  
tarief

Zaaknummer : 201602189

Zittingsdatum : 8 maart 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Uitgebreid en Comfort Verpleging 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).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 oogheelkundige hulp, ten bedrage van € 295,- (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, te weten tot een bedrag van € 229,23.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 29 juli 2016 en 23 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 27 september 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, in die zin dat aan haar een bedrag van € 65,77 wordt nabetaald, ten laste van de zorgverzekering, alsook dat de ziektekostenverzekeraar wordt veroordeeld in de proceskosten (hierna: het verzoek).
- 3.4. Verzoekster heeft de commissie bij brieven van 3 oktober 2016 en 2 december 2016 haar nadere standpunt kenbaar gemaakt en aanvullende informatie gezonden.
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 januari 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 januari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 februari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 maart 2017 in persoon gehoord.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 maart 2017 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gezonden.
- 3.11. Verzoekster heeft bij brief van 14 maart 2017 gereageerd op het onder 3.10 genoemde nadere standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gestuurd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is sinds 2015 onder behandeling bij het Oogziekenhuis OMC te Amsterdam (hierna: OMC). Haar gezichtsvermogen was in 2015 ernstig aangetast en na overleg met de oogarts is een beroep gedaan op deze reeds zeer lang bestaande en gespecialiseerde praktijk met uitgebreide en zeer moderne diagnostiek. Ook in 2016 deed het probleem met het gezichtsvermogen zich bij verzoekster voor.  
De eerste declaratie van het OMC van 1 december 2015 ten bedrage van € 485,- is volledig vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De tweede declaratie van het OMC van € 295,- is daarentegen gedeeltelijk vergoed, namelijk tot een bedrag van € 229,23.  
De ziektekostenverzekeraar is in zijn afwijzing van het restant uiterst summier. De formulering is niet te begrijpen en er wordt niet verwezen naar een bestaande regel of voorwaarden. Verzoekster verwijst in dit kader naar artikel 20.3 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa). Verzoekster kan zich niet vinden in de gedeeltelijke vergoeding door de ziektekostenverzekeraar van de declaratie voor oogheelkundige zorg in 2016 bij het OMC, en voert daartoe het volgende aan.
- 4.2. Conform het bepaalde in artikel 20.2.3.b. van de 'Algemene Voorwaarden' vergoedt de ziektekostenverzekeraar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener het volledige (100%) marktconforme tarief. Het OMC is een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.  
Op twee plaatsen geeft de ziektekostenverzekeraar een nadere invulling aan en uitwerking van artikel 20.2.3.b. (a) In de brochure behorend bij de polis 2016 is het volgende vermeld: "*Altijd vrije zorgkeuze. (...) De OHRA zorgverzekering is een restitutieverzekering. U kiest zelf uw zorgverlener. (...) Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen afspraken hebben, dan vergoeden wij de rekening onder de voorwaarde dat uw zorgverlener geen extreem hoge tarieven hanteert.*" (b) Op de website van de ziektekostenverzekeraar wordt dit in iets andere woorden herhaald: "(...) Een

*ander woord voor de redelijke marktprijs is het marktconforme tarief. Als een rekening voor zorg buitensporig afwijkt van rekeningen voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners, dan is er geen sprake van een redelijke marktprijs. Wij betalen dan niet het deel van de rekening dat uitkomt boven de redelijke marktprijs."*

De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 29 juli 2016 toegelicht dat voor het bepalen van de redelijke marktprijs/het marktconforme tarief niet alleen wordt gekeken naar: (i) de afgesproken tarieven, maar ook naar (ii) de marktprijzen. Ten aanzien van punt (i) maakt de ziektekostenverzekeraar in voormelde brief alleen een vergelijking tussen de gemiddeld door hem afgesproken tarieven (€ 152,82) en het gedeclareerde tarief. Het gedeclareerde tarief zou niet in verhouding staan tot de afgesproken tarieven en daarom zou geen sprake zijn van een marktconform tarief. Ten aanzien van punt (ii) stelt de ziektekostenverzekeraar in voormelde brief dat het gedeclareerde bedrag ook niet in redelijke verhouding staat tot de marktprijzen. Verzoekster betoogt dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van beide punten onjuist c.q. onvolledig is.

Ten eerste is niet van belang de door de ziektekostenverzekeraar genoemde 'redelijke verhouding', maar 'extreem hoge tarieven' c.q. een 'een buitensporige afwijking'. Ten tweede wordt op geen enkele wijze aangetoond wat het marktconforme tarief is. De bewijslast hiervan rust op de ziektekostenverzekeraar.

De ziektekostenverzekeraar heeft niet aangetoond welke relevante markt van toepassing is en wat het marktconforme tarief op deze markt is. Derhalve is er geen enkel bewijs dat het gedeclareerde bedrag een buitensporige afwijking vertoont van welk marktconform tarief op welke markt dan ook, laat staan dat sprake is van een extreem hoog tarief. Verzoekster stelt dan ook dat niet kan worden gekort op het gedeclareerde bedrag.

Voorts is het opvallend dat het vergoede bedrag (€ 229,23) exact 50% hoger is dan het door de ziektekostenverzekeraar genoemde gemiddelde van de afgesproken tarieven. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat bij een mogelijke extreme c.q. buitensporige declaratie, het deel van de declaratie dat uitkomt boven het marktconforme tarief niet wordt vergoed. Het bedrag van € 229,23 is vergoed en dit wordt kennelijk door de ziektekostenverzekeraar beschouwd als het marktconforme tarief. Het verschil tussen de declaratie (€ 295,--) en het marktconforme tarief (€ 229,23) bedraagt € 65,77. Volgens de ziektekostenverzekeraar is relevant het verschil tussen enerzijds de redelijke marktprijs (marktconforme tarief) en anderzijds het gedeclareerde bedrag. Vervolgens dient bij dit verschil sprake te zijn van een buitensporige afwijking of van een extreem hoog tarief. Indien dit aan de orde is, vergoedt de ziektekostenverzekeraar enkel het lagere, marktconforme tarief. In het onderhavige geval is het verschil van € 65,77 slechts 22% van de declaratie en zeker niet de door de ziektekostenverzekeraar genoemde 193%. Een dergelijk gering verschil van 22% kan op geen enkele wijze worden beschouwd als een buitensporige afwijking, laat staan dat sprake is van een extreem hoog tarief. Ook vanwege deze reden kan niet worden gekort op het gedeclareerde bedrag.

Verzoekster merkt daarnaast nog het volgende op. De mededeling van de ziektekostenverzekeraar dat het OMC tarieven hanteert die boven het marktconforme tarief liggen is niet relevant, omdat op geen enkele wijze wordt aangetoond wat het marktconforme tarief is, hoe dit wordt bepaald, laat staan of al dan niet sprake is van een buitensporige afwijking. Het lijkt er eerder op dat de ziektekostenverzekeraar op indirecte en ongepaste wijze suggereert dat een verzekerde beter naar een andere zorgaanbieder kan gaan. Deze mededeling van de ziektekostenverzekeraar doet volgens verzoekster afbreuk aan de indirect van toepassing zijnde vrije artskeuze als vastgelegd in artikel 13 Zvw (zie Gerechtshof 's-Hertogenbosch, 19 juni 2012, ro. 4.9.11, ECLI:NL:GHSHE:2012:BW9803).

Ook de mededeling dat vooraf door verzekerden kan worden geïnformeerd en dat door de arts kan worden aangegeven welke behandeling gaat plaatsvinden onder welke behandelcode, is niet relevant en getuigt van een ernstige en niet aanvaardbare overschatting van het medisch inzicht van een verzekerde. Verzoekster meent verder dat een arts van tevoren niet weet wat exact aan onderzoek zal plaatsvinden.

- 4.3. Aangaande de klachtprocedure bij de ziektekostenverzekeraar, merkt verzoekster op dat de heroverweging van 23 september 2016 formeel te laat is en zodoende ter zijde kan worden gelegd. Deze reactie is namelijk bijna zeven weken na de klacht van verzoekster verstuurd en conform

artikel A.22. van de verzekeringsvoorwaarden is een termijn van vier weken van toepassing voor de heroverweging door de ziektekostenverzekeraar.

- 4.4. In zijn heroverweging van 23 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan zijn argumentatie toegevoegd dat het notabedrag afwijkt van het gemiddelde van declaraties van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Hierbij wordt echter uitsluitend gekeken naar de door de ziektekostenverzekeraar zelf afgesproken tarieven c.q. de ontvangen declaraties. Verzoekster stelt dat het niet zo kan zijn dat het 'marktconform tarief' uitsluitend wordt bepaald aan de hand van de door de ziektekostenverzekeraar afgesproken tarieven c.q. ontvangen declaraties. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat "een ruimte van 150% boven [het] gemiddeld gewogen gecontracteerd tarief nog binnen de grenzen van redelijkheid valt". Echter, het toetsingscriterium zou moeten zijn: extreem hoge tarieven c.q. buitensporige afwijking. Verzoekster herhaalt dat door de ziektekostenverzekeraar op geen enkele wijze met feiten wordt aangetoond dat sprake is van een buitensporige afwijking. Bovendien is de vraag waarop de 50% verhoging van het gewogen tarief is gebaseerd. Daarbij komt dat in de recente discussie over zorgtarieven duidelijk is dat tussen ziekenhuizen en overige zorgaanbieders grote verschillen bestaan qua tarieven. Verschillen die vaak veel hoger zijn dan genoemde 50%. Verzekeringsmaatschappijen kunnen met deze verschillen leven, mede omdat de tarieven geen absolute waarde hebben. Ook kwaliteitsverschillen en verschillen qua plaats van dienstverlening zullen bij de declaraties een rol spelen, maar de ziektekostenverzekeraar besteedt daaraan geen enkele aandacht. In het laatste jaarverslag van de commissie wordt opgemerkt dat het onduidelijk is wat "precies het marktconforme tarief is". Verzoekster meent dat een bestaande onduidelijkheid ten nadele van de ziektekostenverzekeraar, als gebruiker van de algemene voorwaarden, dient te worden uitgelegd. Een en ander in samenhang gezien betekent dat de heroverweging van de ziektekostenverzekeraar van 23 september 2016 niet alleen niet tijdig, maar bovendien inhoudelijk niet relevant is en door de commissie ter zijde kan worden geschoven.
- 4.5. Verzoekster wijst voorts op de polis 2017 die zij van de ziektekostenverzekeraar ontving. In het begeleidend schrijven is het volgende vermeld: "**Vrije zorgkeuze. Altijd. Overal. ... U bent bij Ohra goed verzekerd. Want met onze zorgverzekering bepaalt u zelf welke zorgverlener, ziekenhuis of arts u bezoekt. En het kost niets extra. Dat is écht vrije keuze! ...**" Het is duidelijk dat deze tekst in algemene zin ziet op de zorgverzekering van de ziektekostenverzekeraar en zodoende ook van toepassing is op het jaar 2016.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat elke onderbouwing voor de verhoging met 50% ontbreekt. Het is een eenzijdig vastgesteld en arbitrair percentage. Wat in het concrete geval het marktconforme tarief zou zijn, wordt niet verklaard. Om die reden kan niet worden gekort op de declaratie van het OMC. Voorts heeft verzoekster toegelicht dat naar analogie van de opvatting uit 2015 van de NZa over niet-gecontracteerde zorg, kan worden gesteld dat de ziektekostenverzekeraar dient te onderbouwen waarom vergoeding van een bepaald - lager of hoger - percentage van het marktconforme tarief geen hinderpaal zal opleveren om naar een gespecialiseerde zorgaanbieder als het OMC te gaan. Dit is des te meer van toepassing in het kader van de door de ziektekostenverzekeraar uitbundig gepropageerde vrije artskeuze. De ziektekostenverzekeraar heeft aan deze plicht niet voldaan en dat is de tweede reden dat het verzoek dient te worden toegewezen. Verzoekster wijst er primair op dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brieven van 23 september 2016 en het uiterst summiere verweer van 18 januari 2017 in het geheel niet is ingegaan op het verschil van 22% tussen de declaratie en het vastgestelde marktconforme tarief, hetgeen geen buitensporige afwijking of een extreem hoog tarief is. Ook om deze reden is het verzoek toewijsbaar. Subsidiar geldt dat de door het moederbedrijf van de ziektekostenverzekeraar - thans openbaar zijnde - gemaakte prijsafspraken met gecontracteerde zorgaanbieders enorme verschillen kennen, soms tot een factor 5. Als de ziektekostenverzekeraar verschillen van 500% accepteert, kan moeilijk worden gesteld dat 193% een buitensporige afwijking is, indien 193% al het juiste verschil zou zijn. Verzoekster heeft nog enkele aanvullende opmerkingen gemaakt over het begrip 'marktconform tarief'. Een deel van de opzet van het nieuwe zorgstelsel was om het aan de 'markt' over te laten. Zodra wordt gesproken over de 'markt' en een 'marktconform tarief', moet men zich afvragen wat dit betekent. De Nederlandse

Mededinging Autoriteit (hierna: NMA) is in de richtsnoeren voor de zorgsector van 2010 vrij uitvoerig ingegaan op de diverse begrippen voor de relevante product- en geografische markten binnen de zorgsector. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brieven van 23 september 2016 en 18 januari 2017 in het geheel geen aandacht besteed aan dit relatief gecompliceerde onderwerp, vermoedelijk omdat hij geen behoorlijk bewijs kan leveren hoe op basis van werkelijke algemeen van toepassing zijnde marktgegevens kan worden vastgesteld wat een objectief 'marktconform tarief' zou zijn. In de brief van 29 juli 2016 stelt de ziektekostenverzekeraar wel dat wordt gekeken naar 'marktprijzen', maar daar wordt niet meer op teruggekomen. Hoewel (het moederbedrijf van) de ziektekostenverzekeraar een grote marktpartij is, kan hij niet alleen op basis van eigen gegevens de 'markt' en het 'marktconforme tarief' bepalen, zoals in reactie op de klacht van verzoekster wel wordt geprobeerd. Zo is het goed mogelijk dat de Amsterdamse markt voor zorg door gespecialiseerde oogartsen als het OMC afwijkt van de landelijke markt. Herhaald zij dat de ziektekostenverzekeraar op geen enkele wijze aan een dergelijke objectieve analyse van het begrip 'markt' is toegekomen, zodat niet kan worden gesteld dat de declaratie van het OMC niet 'marktconform' zou zijn. Ook om deze vierde grond dient het verzoek te worden toegewezen.

Tot slot heeft verzoekster gesteld dat het extreem tegenstrijdig is dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting opmerkt dat het gaat om concurrentiegevoelige informatie - en daarna dat lage bedragen wel openbaar zijn, terwijl het hier gaat om een laag bedrag - om vervolgens te verklaren dat andere zorgverzekeraars de bedragen wel openbaar maken, zodat kennelijk een vergelijking van beide wordt uitgevoerd.

4.7. Nadat verzoekster bij brief van 9 maart 2017 op de hoogte was gebracht van het besluit van de ziektekostenverzekeraar dat het volledige bedrag alsnog wordt vergoed, heeft zij verklaard nog steeds prijs te stellen op een bindend advies van de commissie. Ten eerste gaat het haar niet om het financiële belang, maar om het principiële punt dat de ziektekostenverzekeraar om allerlei niet valide redenen de declaratie van het OMC niet volledig heeft vergoed. Aangezien een vervolgetraject bij het OMC niet onwaarschijnlijk is, is het voor verzoekster van belang in de toekomst niet weer in een discussie met de ziektekostenverzekeraar te verzanden inzake het niet volledig vergoeden van declaraties. Er is dus een aanzienlijk praktisch en principiële belang bij een bindend advies van de commissie. Ten tweede worden conform artikel 8 lid 7 van het toepasselijke reglement, stukken die door een der partijen uit eigen beweging aan de commissie worden gezonden na sluiting van de schriftelijke behandeling, als zijnde tardief in beginsel buiten beschouwing gelaten. Dit is overigens een algemeen beginsel van behoorlijk procesrecht. Hetzelfde geldt voor toezending van brieven of stukken na de hoorzitting. Ten derde kent het reglement van de commissie in artikel 12 lid 3 uitsluitend de consument het recht toe het verzoek in te trekken. Het reglement biedt de verzekeraar niet de mogelijkheid tijdens de procedure bij de commissie alsnog eenzijdig - al dan niet in beperkte financiële mate - aan de klacht van de consument te voldoen, en dat zeker niet zonder daarbij in te gaan op de meer principiële kant van de klacht van de consument. Ten vierde kan de commissie conform artikel 14 lid 2 van het reglement bepalen dat de verzekeraar het door de consument betaalde entreegeld geheel of gedeeltelijk dient te vergoeden. Verzoekster wacht het oordeel ter zake van de commissie af. De ziektekostenverzekeraar noemt dit punt in zijn brief van 9 maart 2017 overigens niet.

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

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In de verzekeringsvoorwaarden is omschreven voor welke zorg iemand verzekerd is, en onder welke voorwaarden deze zorg kan worden vergoed. Ook is vastgelegd welke tarieven de ziektekostenverzekeraar vergoedt voor de verzekerde zorg.

De verzekeringsvoorwaarden zijn gebaseerd op wet- en regelgeving. In artikel 2.2 lid 2 Bzv is vastgelegd dat niet voor vergoeding in aanmerking komen de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

Op basis van artikel A.20.3 van de verzekeringsvoorwaarden heeft een verzekerde die een restitutiepolis heeft afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar, en die kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, aanspraak op vergoeding van 100% van het marktconforme tarief

(de redelijke marktprijs). Dit is het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is. Dat is ten hoogste het tarief dat in de Nederlandse markt passend wordt geacht. De gedeclareerde kosten moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgaanbieders in Nederland declareren. Wijkt het tarief op een nota buitensporig af, dan is geen sprake van een redelijke marktprijs. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten van zorg tot de redelijke marktprijs.

De ziektekostenverzekeraar besteedt op zijn website aandacht aan de restitutievergoeding. Aldaar is te lezen dat sprake is van vrije zorgkeuze en volledige vergoeding. In dezelfde alinea worden verzekerden gewezen op de bepaling dat geen sprake mag zijn van buitensporig hoge tarieven. Op de website van de ziektekostenverzekeraar zijn de gemiddelde gecontracteerde tarieven voor ziekenhuisbehandelingen gepubliceerd (Medisch specialistische zorg, 'Gemiddeld gewogen tarieven januari 2016').

- 5.2. Verzoekster heeft een restitutiepolis afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft meerdere declaraties van het OMC ontvangen. Het OMC is een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor de zorg bestaat geen wettelijk (punt)tarief. Er wordt dan gekeken naar de redelijke marktprijs. De redelijke marktprijs wordt, als gezegd, bepaald door de markt en deze kan hoger liggen dan de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarieven. De nota van het OMC uit 2015 ten bedrage van € 485,- is volledig vergoed omdat het bedrag viel binnen de redelijke marktprijs.
- In 2016 heeft verzoekster bij het OMC een behandeling ondergaan, waarvoor € 295,- in rekening is gebracht met zorgproductcode 079799027 en declaratiecode 15B619. De bijbehorende algemene omschrijving luidt: "*1 polikliniekbezoek met diagnostisch onderzoek bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/vaatvlies/glasachtig lichaam in het oog*". De ziektekostenverzekeraar heeft onderzocht welk tarief gemiddeld in 2016 is gedeclareerd voor deze zorg. Hieruit blijkt dat de declaraties voor declaratiecode 15B619 gemiddeld € 141,54 bedragen. Dit is derhalve het gemiddelde bedrag dat in 2016 werd gedeclareerd door gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het gemiddeld gewogen gecontracteerde tarief ligt iets hoger, te weten op € 152,82. Hierbij is namelijk ook rekening gehouden met volumeafspraken bij de contractanten. Hierdoor kan het gewogen gemiddelde afwijken van het gemiddelde dat is afgesproken met de gecontracteerde zorgaanbieders.
- Het tarief dat het OMC in rekening heeft gebracht (€ 295,-) ligt 193% hoger dan het gemiddeld gewogen gecontracteerde tarief (€ 152,82). Het verschil met het gemiddeld gedeclareerde tarief in 2016 (€ 141,54) is nog groter.
- De declaratie van het OMC wordt gezien als een buitensporige afwijking van het tarief dat voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgaanbieders wordt gehanteerd. Het gedeclareerde bedrag is niet aan te merken als een redelijke marktprijs en wordt daarom niet volledig vergoed.
- Aan verzoekster is een vergoeding van € 229,23 verleend voor de behandeling bij het OMC. Dit bedrag is hoger dan het gemiddeld gedeclareerde tarief in 2016. De ziektekostenverzekeraar vindt in de onderhavige situatie een ruimte van 50% boven het gemiddeld gewogen gecontracteerde tarief binnen de grenzen van de redelijkheid vallen. 150% van € 152,82 = € 229,23. De resterende kosten van € 65,77 blijven voor rekening van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar kent geen hogere vergoeding toe voor de nota van het OMC. Deze handelwijze is conform de verzekeringsvoorwaarden en de wet- en regelgeving.
- Overigens is het de ziektekostenverzekeraar ook op basis van reacties van verzekerden gebleken dat bij het OMC tarieven worden gerekend die boven de redelijke marktprijs liggen. Dit betekent dat bij deze zorgaanbieder verzekerden met een restitutiepolis - eveneens - een deel van de kosten van de behandeling zelf moeten betalen. Bij oogheelkundige behandelingen kan vaak vooraf door de zorgaanbieder worden aangegeven welke behandeling gaat plaatsvinden onder welke behandelcode. Met die gegevens kan de ziektekostenverzekeraar een verzekerde vooraf informeren over de hoogte van de vergoeding die kan worden verwacht. Verzoekster heeft gesteld dat door de arts niet kan worden ingeschat welke zorg nodig zal zijn. Echter, zodra de diagnose is gesteld, zijn de declaratiecodes die in dat kader kunnen worden gehanteerd, beperkt. Grof gezegd zijn er dan drie mogelijkheden, namelijk een consult, niet-operatieve zorg en operatieve zorg. Zodra bekend is welke zorg wordt uitgevoerd, kan bij de ziektekostenverzekeraar worden geïnformeerd naar de vergoeding daarvoor.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat verzoekster een restitutiepolis bij hem heeft afgesloten. Er dient te worden uitgegaan van de polisvoorwaarden. De NZa heeft deze voorwaarden getoetst aan de hand van de wet- en regelgeving en goedgekeurd. De ziektekostenverzekeraar heeft ter aanvulling aangevoerd dat prijsafspraken worden gemaakt met gecontracteerde zorgaanbieders. Dit is concurrentiegevoelige informatie die niet openbaar wordt gemaakt in verband met de marktwerking. Lage bedragen worden overigens wel openbaar gemaakt, maar hoge bedragen niet. Het marktconforme tarief is gelegen in de prijsafspraken. Voorheen werd een gemiddeld tarief gehanteerd, en thans is dit een gewogen tarief. Het in onderhavig geval toegepaste tarief van € 152,82 is het gemiddeld gewogen tarief dat aan gecontracteerde zorgaanbieders wordt betaald. De lijst met marktconforme tarieven is overgelegd. Het marktconforme tarief is overigens hetzelfde als de redelijke marktprijs. De marge van 50% betreft de speling tussen de redelijke marktprijs en het vastgestelde tarief. Dit percentage berust op intern beleid. Door 150% van het marktconforme tarief te hanteren wordt uitgekomen op een redelijk tarief. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat het gaat om wat in Nederland passend is. Het is moeilijk voor te stellen dat in Amsterdam hogere bedragen mogen worden gedeclareerd dan in andere plaatsen in Nederland. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de meeste tarieflijsten van andere zorgverzekeraars openbaar zijn. Daaruit kan worden afgeleid dat de tarieven heel dicht bij elkaar liggen. Deze lijsten betreffen nadrukkelijk gemiddelde tarieven. Als andere zorgverzekeraars veel hogere tarieven kennen, kan de vraag rijzen of het tarief dat de ziektekostenverzekeraar hanteert marktconform is. In het onderhavige geval speelt dit echter niet. Afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen verschillen; het gaat erom de zorg betaalbaar te houden.
- 5.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar, bij brief van 9 maart 2017, verklaard de onderhavige nota alsnog volledig te vergoeden. Aangezien reeds € 229,23 was vergoed, wordt een bedrag van € 65,77 aan verzoekster nabetaald. Hiermee is aan alle bezwaren van verzoekster tegemoet gekomen. De ziektekostenverzekeraar gaat daarom ervan uit dat verzoekster geen belang heeft bij verdere behandeling van haar verzoek.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt primair tot de conclusie dat verzoekster geen belang meer heeft bij de behandeling van haar verzoek, en subsidiair dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A.22. 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 gehouden is de nota van het OMC ten bedrage van € 295,-- alsnog volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, alsmede of hij gehouden is de proceskosten te vergoeden.
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 (met gecontracteerde zorg), zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in hoofdstuk B van de zorgverzekering.



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

“(...)

**B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen**

*Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)*

**B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname**

**Zorg: waar hebt u recht op?**

*De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:*

*- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;*

*(...)*

**Voorwaarden**

*(...)*

**Tarieven**

*Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.*

*(...)*”

- 8.4. Artikel A.20. van de zorgverzekering betreft de tarieven en luidt, voor zover hier van belang:

**"A.20.1. Omschrijving van de tarieven**

*In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw rekening volledig voor onze rekening nemen. Wij gaan uit van verschillende tarieven:*

**1. Afsproken tarief**

*Dit is het tarief dat wij in de zorg- en/of internetovereenkomsten met zorgverleners hebben vastgelegd voor de betreffende zorg/behandeling.*

*Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen zorg- en/of internetovereenkomst hebben, dan kan zich een van de volgende situaties voordoen:*

*A. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling dezelfde tarieven vastgelegd. Dan is dat (zelfde, vaste) tarief het afgesproken tarief.*

*B. Wij hebben met zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling verschillende tarieven vastgelegd. Dan is het afgesproken tarief het (gewogen of ongewogen) gemiddelde van de verschillende tarieven.*

*U vindt het van toepassing zijnde tarief voor de verschillende zorgvormen op onze internetsite.*

**2. Vast, wettelijk (punt)tarief**

*Dit is het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het zijn tarieven zonder marge (speelruimte). Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd. Ze zijn dus nooit hoger dan de maximale aanspraken vanuit uw verzekering.*

**3. Marktconform tarief of redelijke marktprijs**

*Dit is het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is. Dat is ten hoogste het tarief dat in de Nederlandse markt in redelijkheid passend is te achten. De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgverleners in Nederland declareren. Als een rekening voor zorg buitensporig afwijkt van rekeningen voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners is in dat geval geen sprake meer van een marktconform tarief of redelijke marktprijs. Wij betalen in dat geval het deel van de*

rekening, dat uitkomt boven het marktconform tarief of de redelijke marktprijs niet; wij betalen dus maximaal het marktconform tarief of de redelijke marktprijs.

#### **4. Gedeclareerde tarief**

Het bedrag dat op de rekening staat.

##### **A.20.2. Hoogte van de tarieven**

Kijk op uw polisblad welke verzekering u hebt:

(...)

4. Zorgverzekering Restitutie (zie A.20.2.3.)

(...)

##### **A.20.2.3. Zorgverzekering Restitutie en Aanvullende verzekering (met alleen vergoedingen op restitutiebasis)**

**U GAAT NAAR EEN GECONTRACTEERDE ZORGVERLENER**

###### **a. Afgesproken tarief**

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg?

Dan hebt u recht op de behandeling volgens het afgesproken tarief.

**U GAAT NAAR EEN NIET GECONTRACTEERDE ZORGVERLENER**

###### **b. Volledig tarief (100%) van het vast wettelijk (punt)tarief of het marktconforme tarief**

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan vergoeden wij het volledige vast wettelijk (punt)tarief.

Is er geen punttarief, dan vergoeden wij het volledige (100%) marktconforme tarief.

Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het marktconforme tarief, dan vergoeden wij dit lagere in rekening gebrachte bedrag.

###### **c. Gedeclareerd tarief**

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En hebben wij voor de soort behandeling/zorg ook geen zorg- en/of internetovereenkomst gesloten met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief / de redelijke marktprijs is niet of nauwelijks vast te stellen?

Dan vergoeden wij het gedeclareerde tarief. Dit vergoeden wij tot maximaal het bedrag waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt.

(...)"

- 8.5. In het Vergoedingen Overzicht voor 2016 is bepaald dat de kosten van medisch specialistische zorg zonder opname voor 100% worden vergoed, waarbij is vermeld dat artikel B.4. van de zorgverzekering van toepassing is.
- 8.6. De artikelen A.20. en B.4. van de zorgverzekering en het Vergoedingen Overzicht zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. In artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

Op grond van artikel 2.2 lid 2 sub b Bzv worden bij het bepalen van de vergoeding in mindering gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege 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

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster, vanwege het feit dat na de hoorzitting de nota van het OMC alsnog volledig is vergoed, geen belang meer heeft bij verdere behandeling van haar verzoek door de commissie. Verzoekster heeft dit bestreden. De commissie merkt hiertoe op dat het belang van verzoekster bij behandeling van het verzoek niet slechts financieel van aard is, doch ook principiële en praktisch. Zij wenst immers naar de toekomst toe duidelijkheid te hebben, aangezien voortzetting van het behandeltraject bij de oogarts niet onwaarschijnlijk is. Verzoekster is sowieso nog het hele jaar 2017 gebonden aan de ziektekostenverzekeraar, en zij wenst duidelijkheid over de hoogte van de vergoeding voor zorg en overige diensten, gelet op de door haar afgesloten restitutiepolis. Dit laatste ziet op het principiële punt dat verzoekster heeft aangekaart, namelijk dat in het kader van een restitutiepolis - althans zo is deze gepresenteerd door de ziektekostenverzekeraar - wordt gesproken over vergoeding tot maximaal het gemiddeld gecontracteerde tarief, hetgeen naar zijn aard contradictoer lijkt te zijn. De commissie concludeert dat verzoekster - nog afgezien van de door haar aangedragen procedurele bezwaren - voldoende belang heeft bij verdere behandeling van het geschil en dat zij daarom ontvankelijk is in haar verzoek aan de commissie.

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.2. Niet in geschil is dat de door verzoekster in 2016 bij het OMC genoten zorg een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering vormt, en dat verzoekster hiervoor een indicatie had. Voor de zorg/ behandeling bij het OMC is declaratiecode 15B619 vastgesteld. Het betreft een consult/behandeling oogheelkunde. Partijen verschillen over het van toepassing zijn van deze declaratiecode - kennelijk - niet van mening. Voormelde code ziet op de periode van 16 april 2016 tot en met 29 juni 2016. Blijkens de nota zijn de volgende activiteiten verricht door het OMC: vervolg consult, optische coherente tomografie en fundusfotografie. Het notabedrag is € 295,-. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk een vergoeding verleend ten bedrage van € 229,23. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van deze vergoeding.
- 9.3. In artikel 11 Zvw wordt onderscheid gemaakt tussen zogenoemde naturapolissen en restitutiepolissen. Er zijn echter ook mengvormen, zoals de restitutiepolis met gecontracteerde zorg. Ten aanzien van de 'zuivere' restitutiepolis geldt dat uit artikel 2.2 lid 2 sub b Bzv volgt dat de zorgverzekeraar gehouden is de gedeclareerde kosten van zorg of een andere dienst te vergoeden, tenzij de kosten hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. In alle andere gevallen, dat wil zeggen bij naturapolissen en bij polissen met een gemengd karakter, zoals hier aan de orde, is bij de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder artikel 13 Zvw bepalend, waarin is opgenomen dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding in dat geval berekent in de modelovereenkomst opneemt.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft een zodanige regeling opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden. Voor de Zorgverzekering Restitutie wordt in artikel A.20.2 verwezen naar artikel A.20.2.3, waarin is geregeld dat indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde

zorgverlener – zoals in dit geval – aanspraak bestaat op het “volledig tarief (100%) van het vast wettelijk (punt)tarief of het marktconforme tarief”. Daarnaast is het Vergoedingenoverzicht van toepassing waarin, naast het wettelijk tarief – dat hier niet van toepassing is - wordt gesproken over de “redelijke marktprijs”. De vraag die ter beantwoording voorligt, is wat onder de redelijke marktprijs moet worden verstaan en hoe deze zich verhoudt tot het marktconforme tarief.

- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat onder de redelijke marktprijs moet worden verstaan het gemiddeld gecontracteerde tarief (€ 141,54) dan wel het gemiddeld gewogen gecontracteerde tarief (€ 152,82). Aan verzoekster is evenwel een vergoeding verleend van € 229,23, aangezien de ziektekostenverzekeraar vindt dat dit nog binnen de grenzen van de redelijkheid valt. Waarom hierbij door hem 150% van het gemiddeld gewogen gecontracteerde tarief wordt gehanteerd, is in de procedure niet duidelijk geworden.
- 9.6. Naar het oordeel van de commissie is de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste berekeningswijze onnavolgbaar, zowel waar het de basis van de berekening als het toegepaste percentage betreft. Uitgangspunt is dat een zorgverzekeraar die naturapolissen aanbiedt bij de zorginkoop scherpe prijsafspraken kan maken met zorgaanbieders. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders, waarmee niet is onderhandeld, zullen veelal hogere tarieven in rekening brengen. Het gaat dan niet aan bij een restitutiepolis (met gecontracteerde zorg) de vergoeding te baseren op het gemiddeld gecontracteerde tarief of het gemiddeld gewogen gecontracteerde tarief voor een bepaalde behandeling. De vergoeding zal dan immers per definitie lager uitvallen. Anderzijds ligt de lat bij de vergoeding op basis van een ‘zuivere’ restitutiepolis veel hoger, aangezien een zorgverzekeraar moet vergoeden tenzij de kosten hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten, en dit zal niet snel het geval zijn. Zo kan ten aanzien van het hoogste passantentariaf voor een bepaalde behandeling nog met recht worden gesteld dat dit aan bedoeld criterium voldoet. Het door de ziektekostenverzekeraar min of meer ter correctie van dit verschil gehanteerde percentage is arbitrair. Daarbij komt dat de invulling van de redelijke marktprijs – al dan niet in relatie tot het marktconforme tarief uit de verzekeringsvoorwaarden – door de ziektekostenverzekeraar niet eenduidig is geregeld, hetgeen ook al blijkt uit de omstandigheid dat door hem in dit verband drie verschillende bedragen zijn genoemd.
- 9.7. Gelet op het voorgaande concludeert de commissie dat is voldaan aan het gestelde in artikel 20.2.3. van de zorgverzekering, te weten dat geen wettelijk tarief bestaat en het marktconform tarief/de redelijke marktprijs niet of nauwelijks is vast te stellen. In deze situatie bestaat aanspraak op het gedeclareerde tarief. In casu bedraagt dit € 295,--, zodat door de ziektekostenverzekeraar € 65,77 dient te worden nabetaald, hetgeen door hem reeds is toegezegd.

### **Proceskostenvergoeding**

- 9.8. Verzoekster wenst aanspraak te maken op een proceskostenvergoeding. Zij heeft, gelet op de uitkomst van de procedure, recht op vergoeding van het door haar betaalde entreegeld. Voor het overige is dit onderdeel van haar verzoek echter niet gespecificeerd, zodat het reeds om die reden moet worden afgewezen.

### **Conclusie**

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover het de nota van het OMC betreft, dient te worden toegewezen. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.10. Aangezien het verzoek deels 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 met inachtneming van hetgeen onder 9.9 is overwogen.



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



Zeist, 5 april 2017,



P.J.J. Vonk

