

Anoniem Bindend advies

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, cataractoperatie
Zaaknummer : ANO07.249
Zittingsdatum : 19 september 2007

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO07.249, geneeskundige zorg, buitenland, cataractoperatie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11, 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C te D

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 30 januari 2007 inzake het niet volledig vergoeden van de kosten van een cataractoperatie, uitgevoerd in het AZ Sint Lucas te Gent (België).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de behandeling was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Naturapolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), in combinatie met een aanvullende verzekering.
- 3.2. Met afrekenspecificatie van 30 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de kosten van eerder genoemde behandeling ad € 1.562,01 tot een bedrag van € 1.094,40 worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 5 april 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de uitgevoerde behandeling volledig te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 23 april 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juli 2007 aan verzoekster toegezonden. Bij brief van 27 juli 2007 heeft verzoekster op het nader commentaar van de zorgverzekeraar gereageerd. Een afschrift hiervan is op 2

augustus 2007 aan de zorgverzekeraar gezonden.

- 3.7. Bij brief van 14 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld gehoord te worden. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op 25 augustus 2007, respectievelijk 5 september 2007 afgezien van de mogelijkheid gehoord te worden.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 12 september 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is met het bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster lijdt aan een ziekte aan het hoornvlies ('keratoconus'), waarvoor zij in Terneuzen niet kon worden behandeld. In overleg met de zorgverzekeraar is gekozen voor behandeling in Gent. De kosten van de consulten zijn door de zorgverzekeraar vergoed.
Door de behandelend medisch specialist is vervolgens vastgesteld dat verzoekster tevens kampt met cataract aan het rechteroog. Operatief ingrijpen op korte termijn was noodzakelijk en verzoekster heeft de ingreep op 15 november 2006 ondergaan in het AZ Sint Lucas te Gent. De hiermee gemoeide kosten zij door de zorgverzekeraar niet volledig vergoed.
- 4.2. Verzoekster heeft op 31 oktober 2006 het kantoor van de zorgverzekeraar bezocht. Daar werd haar medegedeeld dat de medisch adviseur de zaak moest beoordelen en dat zij binnen een week over de uitkomst zou worden gebeld. Pas nadat zij op 13 november 2006 weer contact heeft gezocht met de zorgverzekeraar, is zij op 14 november 2006 teruggebeld, en is haar medegedeeld dat 90% van de kosten zou worden vergoed. Over een beperking tot de Nederlandse tarieven is toen niet gesproken. De brief van de zorgverzekeraar van 16 november 2006 is door verzoekster nimmer ontvangen. Deze werd overigens pas verzonden nadat de ingreep was uitgevoerd. Verzoekster meent aanspraak te kunnen maken op volledige vergoeding, respectievelijk een vergoeding op basis van 90% van de kosten.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt zich op het standpunt dat verzoekster is verzekerd op basis van een naturapolis, en dat zij uit dien hoofde aanspraak heeft op zorg, te verlenen door een gecontracteerde zorgverlener of instelling. Met het AZ Sint Lucas te Gent is geen overeenkomst gesloten. Artikel 4.3 van de zorgverzekeraar verwijst voor het geval de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling naar het Restitutiereglement van de zorgverzekeraar.
Het betreft hier medisch-specialistische zorg in het B-segment. Artikel 4 lid 5 van het Restitutiereglement bepaalt de vergoeding in dit geval op maximaal € 1.094,40 (DBC-code 210005540032). De eerder vergoede kosten van het consult zouden hierop nog in mindering moeten worden gebracht, aldus de zorgverzekeraar.
Met brief van 16 november 2006 is verzoekster over een en ander geïnformeerd.

- 5.2. Dat verzoekster een vergoeding op basis van 90% van de kosten is toegezegd, wordt door de zorgverzekeraar bestreden. De zorgverzekeraar stelt dat alleen in strikte uitzonderingssituaties een uitvoeringsorgaan gehouden is een ten onrechte gedane toezegging te honoreren. Zulks is aan de orde als vast staat dat door het uitvoeringsorgaan een ongeclausuleerde en ondubbelzinnige toezegging is gedaan, die gerechtvaardigde en gedragsebepalende verwachtingen heeft gewekt. Dat een dergelijke toezegging is gedaan, is volgens de zorgverzekeraar niet aannemelijk gemaakt. De zorgverzekeraar wijst hierbij nog op de risico's die verbonden zijn aan het afgaan op een telefonische mededeling.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.

Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg.

Vergoeding voor medisch-specialistische zorg staat vermeld in Deel 2 van de voorwaarden. In artikel 4 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"4.3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op medisch-specialistische zorg in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling, een zelfstandig behandelcentrum of een extramurale specialistenpraktijk. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(...)

Bij zorg in een niet-gecontracteerde instelling of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt vergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief. (...)"

- 7.3. In artikel 4 lid 5 van het Restitutiereglement is vervolgens opgenomen:

"Voor medisch-specialistische zorg in het B-segment, ook wel B-dbc's genoemd,

waarop ingevolge de Polisvoorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg geen tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een zorgverlener waarmee [de zorgverzekeraar] hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt [de zorgverzekeraar] op restitutiebasis maximaal de in bijlage I van dit reglement genoemde bedragen.”

In bijlage I wordt onder het specialisme oogheelkunde de prestatiecode 210005540032 genoemd (“Vervolg/Staar/ingreep/behandeling in dagopname”) met een maximale vergoeding van € 1.094,40.

- 7.4. De regeling van artikel 4 en het restitutiereglement is volgens de algemene voorwaarden, artikel 20.1.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.5. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding in geval de verzekerde de zorg of dienst betreft bij een niet-gecontracteerde aanbieder, bevat artikel 13 van de Zvw een regeling. Op grond van lid 1 heeft de verzekerde recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten; lid 2 stelt dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt.
- 7.6. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar verleende vergoeding ad € 1.094,40 in overeenstemming is met bijlage I. Door het CVZ is in zijn advies van 12 september 2007 naar voren gebracht dat in deze bijlage een onjuiste prestatiecode is gehanteerd, namelijk 210005540032 in plaats van 110005540032. De commissie laat dit punt vooralsnog rusten en volstaat met de constatering dat het hier gaat om medisch-specialistische zorg in het B-segment. Op het belang van deze constatering zal in het vervolg worden teruggekomen. De vraag is of er anderszins aanleiding bestaat tot een hogere vergoeding. Door verzoekster is in dit verband aangevoerd dat zij niet tijdig, respectievelijk niet juist is geïnformeerd door de zorgverzekeraar. De commissie merkt over het niet tijdig informeren op dat verzoekster, volgens haar verklaring, op 31 oktober 2006 het kantoor van de zorgverzekeraar heeft bezocht. De ingreep zou op 15 november 2006 plaatsvinden. De tussenliggende periode is betrekkelijk kort. Indien hierbij voorts wordt betrokken dat verzoekster beschikte over de voorwaarden van de zorgverzekering, aan de hand waarvan zij de hoogte van de maximale vergoeding had kunnen bepalen, en het feit dat zij de operatie heeft laten uitvoeren zonder de – schriftelijke – reactie op haar aanvraag af te wachten, kan de zorgverzekeraar niet worden tegengeworpen dat hij niet voorafgaand aan de ingreep duidelijkheid heeft gegeven en dat hij om die reden gehouden zou zijn de kosten van de operatie in Gent volledig te vergoeden.

- 7.8. In het kader van de stelling dat zij niet juist is ingelicht door de zorgverzekeraar, heeft verzoekster aangevoerd dat een door haar met name genoemde medewerker haar op 14 november 2006 heeft gebeld met de mededeling dat 90% van de kosten zou worden vergoed. Over de beperking tot de Nederlandse tarieven zou daarbij volgens verzoekster niet zijn besproken.
- Onder meer uit het nader commentaar van de zorgverzekeraar van 23 april 2007 maakt de commissie op dat het hiervoor genoemde telefoongesprek heeft plaatsgevonden. Verder maakt de commissie uit de lezing van het telefoongesprek door zowel verzoekster als de zorgverzekeraar op dat gesproken is over een percentage van 90%. Partijen verschillen echter van mening over de vraag of in het bewuste telefoongesprek ook is aangegeven dat het daarbij gaat om het Nederlands marktconforme tarief. Wat daarvan ook zij, uit artikel 4 van het restitutiereglement maakt de commissie op dat het percentage van 90% alleen genoemd wordt bij medisch-specialistische zorg in het A-segment. In deze is echter sprake van medisch-specialistische zorg in het B-segment. Alles overziende is de commissie tot de overtuiging gekomen dat tijdens het telefonisch onderhoud van de kant van de zorgverzekeraar onjuiste informatie is verstrekt en dat verzoekster haar beslissing zich in Gent te laten opereren – mede – daarop heeft gebaseerd. Onder deze omstandigheden acht de commissie het – mede indachtig het bepaalde in artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek – redelijk dat de zorgverzekeraar een aanvullende vergoeding verleent tot € 1.405,81 (90% van de daadwerkelijk gemaakte kosten ad € 1.562,01), hetgeen een nabetaling van € 311,41 inhoudt.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, met inachtneming van hetgeen onder 7.8 is overwogen, dient te worden toegewezen
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek, met inachtneming van hetgeen onder 7.8 is overwogen, toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,00.

Zeist, 3 oktober 2007

Voorzitter