



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen D te E en F te G,
vertegenwoordigd door H te I
Zaak : Geneeskundige zorg, consult Fempoli, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201400388
Zittingsdatum : 3 december 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) D te E, en
- 2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door H te I

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering 2 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 een consult bij de Fempoli (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de kosten gedeeltelijk te vergoeden, namelijk tot een bedrag van € 174,40.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 23 juni 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 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 26 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 september 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014127443) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte zorgproductcode in dit geval passend kan zijn.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 november 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 11 november 2014 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft verzoekster verwezen naar de Fempoli met de volgende toelichting:
“Bovengenoemde patiënte heeft behoefte aan uw consultatie. Ze heeft al jaren zeer heftige migraine waarvoor de speciale hoofdpijnpoli(...). Slikt dientengevolge ook atacant. Het is een hormonaal afh. hoofdpijn, ze gebruikt nu yasmin wat redelijk gaat. Slikt het door tot doorbraakbloedingen. Moet dan stoppen maar het is dan [e]en ramp met de hoofdpijn. (...)”.
- 4.2. Verzoekster heeft op 6 september 2013 een consult gehad op de Fempoli. De kosten hiervan zijn door de zorgaanbieder gedeclareerd met DBC zorgproduct 149399031. De totale kosten bedragen € 510,05. Hiervan is door de ziektekostenverzekeraar € 174,40 vergoed.
- 4.3. Als een zorgaanbieder geen contract heeft gesloten met een zorgverzekeraar, wordt het passantentarief in rekening gebracht. Het gaat hier om een DBC zorgproduct uit het B-segment. Bij een zuivere restitutiepolis, zoals door verzoekster is afgesloten, mag de ziektekostenverzekeraar bij de vaststelling van het tarief niet uitgaan van een lijst met standaard tarieven, maar moeten de werkelijke kosten worden vergoed. Dit is slechts anders, indien de ziektekostenverzekeraar kan aantonen dat de nota onredelijk hoog is. Een en ander is aan verzoekster bevestigd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Door de ziektekostenverzekeraar is niet aangetoond dat de nota onredelijk hoog is.
- 4.4. Er bestaat geen specifieke DBC voor de behandeling (gynaecologisch gerelateerde hormonale therapie ter bestrijding van migraine), zodat - conform de regelgeving - een andere DBC is gedeclareerd. Deze behandeling wordt in Nederland niet uitgevoerd door andere specialisten, met als gevolg dat huisartsen en neurologen in het hele land hun patiënten met migraine verwijzen naar de Fempoli. Een vergelijking met tarieven van gecontracteerde zorg kan derhalve niet plaatsvinden. Het gaat om een unieke behandeling. De ziektekostenverzekeraar dient de volledige kosten hiervan te betalen.
- 4.5. 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 2.3 van de zorgverzekering is bepaald dat indien de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener, de kosten worden vergoed tot maximaal het op het moment van de levering van de zorg van toepassing zijnde tarief op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Als en voor zover, op basis van de Wmg, geen tarief is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- 5.2. Voor de onderhavige behandeling is geen Wmg-tarief vastgesteld, zodat het marktconforme tarief van toepassing is. Op de website van de ziektekostenverzekeraar is een lijst gepubliceerd met tarieven die in een dergelijk geval van toepassing zijn. Het gaat om een vergoeding van ten hoogste het tarief dat doorgaans in Nederland wordt gevraagd voor de betreffende behandeling of dienst. Wat het marktconforme tarief in Nederland is, wordt op de vrije markt van vraag en aanbod bepaald. De ziektekostenverzekeraar stelt dit tarief dus niet zelf vast, maar stelt aan de hand van een aantal bronnen vast welk bedrag op die vrije markt het meest gangbaar is.
- 5.3. Bij het door de zorgaanbieder gedeclareerde DBC zorgproduct 149399031 wordt een vergoeding verleend van maximaal € 91,90 met betrekking tot het honorariumdeel, en een bedrag van maximaal € 114,55 met betrekking tot het ziekenhuisdeel. Omdat voor het honorariumdeel door de zorgaanbieder een bedrag van € 82,50 is gedeclareerd, wordt niet meer dan dat bedrag vergoed. Het is niet mogelijk meer te vergoeden dan de werkelijke kosten.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 van de zorgverzekering 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 de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 onder het kopje 'vergoedingen' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 4 van de 'vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van:

- *medisch specialistische zorg;*
- *de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)"

- 8.4. Artikel 13 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Per vergoeding beschrijven wij de omvang van de vergoeding waarop u recht heeft en/of de eigen betaling die u verschuldigd bent. Wij vergoeden de kosten van zorg van een zorgverlener tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde (maximum-)tarief;*
- wanneer en voor zover geen op basis van de Wmg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. (...)"*

- 8.5. De artikelen 13 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 4 van de 'vergoedingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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, 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.

- 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 gereuleerde 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 partijen is niet in geschil dat de behandeling bij de Fempoli een verzekerde prestatie vormt en dat verzoekster hiervoor ten tijde van de behandeling een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van de vergoeding.
- 9.2. De zorgaanbieder heeft de kosten gedeclareerd aan de hand van het DBC zorgproduct 149399031 met als omschrijving: *"Gyn adviesconsult/Premenstrueel syndroom / Licht ambulante / Urogenitaal vrouwelijk"*. Het betreft een zorgproduct uit het zogenoemde B-segment, waarbij het specialistenhonorarium een gegeven vormt en de ziekenhuiskosten vrij onderhandelbaar zijn. Het specialistenhonorarium bedroeg volgens informatie op de website van de NZa ten tijde van de behandeling (september 2013) € 82,50. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed.
- 9.3. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding voor ziekenhuiskosten gaat de ziektekostenverzekeraar uit van de lijst *"Vergoeding bij niet gecontracteerde zorgverleners medisch specialistische zorg 2013"*. In de betreffende lijst is bepaald dat de maximale vergoeding voor dit zorgproduct € 199,74 bedraagt. Dit is het bedrag voor het honorarium- en ziekenhuisdeel

samen. De ziektekostenverzekeraar is om hem moverende redenen uitgegaan van een honorariumdeel van € 91,90 en een ziekenhuisdeel van € 114,55, en heeft vervolgens het honorarium tot een bedrag van € 82,50 vergoed, met als reden dat niet meer kan worden vergoed dan is gedeclareerd. De totale vergoeding bedroeg daarmee € 174,40. Nu het een keuze van de ziektekostenverzekeraar is geweest om in voornoemde lijst geen splitsing tussen honorarium- en ziekenhuisdeel aan te brengen, maar een totaalbedrag op te nemen, heeft verzoekster aanspraak op een nabetaling van het verschil, te weten € 25,34 (€ 199,74 - € 174,40). Zij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding dan is vermeld in de hiervoor bedoelde lijst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat op basis van die verzekering geen hogere vergoeding kan worden verleend.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.3 is overwogen. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.3 is overwogen. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster dient te vergoeden.

Zeist, 14 januari 2015,

Voorzitter