

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, vergoeding
Zaaknummer	: ANO07.016
Zittingsdatum	: 21 februari 2007

Zaak ANO07.016, Geneeskundige zorg buitenland, vergoeding

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. J.H.A. Teulings)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11, 13 en 14 Zvw, 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 15 mei 2006 inzake het niet volledig vergoeden van een behandeling in het Universitair ziekenhuis te Antwerpen (België).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 15 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat op basis van het restitutiereglement slechts 90 % van het in Nederland geldende marktconforme tarief vergoed zal worden.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 22 september 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld bij zijn standpunt te blijven.
- 3.4 Bij brief van 31 juli 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar op te dragen de totale kosten van de onderhavige behandeling te vergoeden.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 13 november 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Op 14 november 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoekster en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8 Bij brief van 10 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

3.9 Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 12 maart 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

3.10 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt. Partijen zijn op 21 februari 2007 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt van verzoekster

4.1 Verzoekster is per 28 februari 2006 overgestapt naar de zorgverzekeraar. In januari 2006 heeft verzoekster een scan gemaakt in het Universitair ziekenhuis te Antwerpen. Bij de overstap had verzoekster begrepen dat de zorgverzekeraar alles met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2006 zou overnemen. Verzoekster heeft voor de behandeling € 397,91 bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Verzoekster is van mening dat de tarieven in België lager zijn dan in Nederland, maar kan niet de in Nederland geldende tarieven achterhalen. Verzoekster wil dat de zorgverzekeraar de totale rekening vergoedt.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

5.1 De zorgverzekeraar beaamt dat verzoekster zich bij hem in februari 2006 heeft aangemeld en dientengevolge vanaf die datum verzekerd is. Dit betekent dat de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar vanaf 1 januari 2006 gelden. In eerste instantie is de declaratie van € 397,91 in zijn geheel geweigerd. Nadien is dit door de zorgverzekeraar gecorrigeerd.

5.2 Verzoekster heeft op grond van artikel 9 lid 2, sub b van de polisvoorwaarden aanspraak op niet klinische medisch-specialistische behandelingen. Volgens de laatste alinea heeft verzoekster, volgens hetgeen in het Restitutiereglement is vermeld, bij zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis, maximaal recht op 90% van het door het CTG vastgesteld DBC-tarief. Dit laatste bedraagt voor de onderhavige behandeling € 226,40 en 90% hiervan is € 203,76.

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.

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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2 Er is sprake van een naturapolis. Vergoeding van medisch specialistische zorg is geregeld in artikel 9 lid 2 sub b van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt het volgende:

“Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. 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 zorginstelling of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement (...) Zorg-op-maatpolis vermeld staat.(...)”.

Artikel 4 lid 2 van het restitutiereglement bepaalt:

“Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een ziekenhuis waarmee (...) de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt (...) de zorgverzekeraar op restitutiebasis, voor zover het extramurale zorg betreft, maximaal negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende A-tarief”.

- 7.3 De zorgverzekering is, volgens artikel 2 lid 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv met de daarbij behorende Rzv, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet. Deze zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- 7.4 Voor de beoordeling van het onderhavige geschilpunt zijn de navolgende wettelijke bepalingen 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 artikel 2.4 van het Bzv. Het betreft onder andere zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Artikel 14, lid 1 van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar op zorginhoudelijke criteria een doelmatigheidstoets mag toepassen.
- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 In het onderhavige geval is niet in geschil of de behandeling kan worden aangemerkt als medisch specialistische zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Wél is in geschil de hoogte van vergoeding van de behandeling.

- 7.7 Uitgangspunt is vervolgens dat verzoekster beschikt over een naturapolis en dus is aangewezen op gecontracteerde zorg. Het Universitair ziekenhuis te Antwerpen is niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd.
- 7.8 Verzoekster is - met terugwerkende kracht - per 1 januari 2006 bij de zorgverzekeraar verzekerd. Dat betekent dat de polisvoorwaarden gelden vanaf genoemde datum. Op grond van die polisvoorwaarden staat het de zorgverzekeraar vrij om zich op de bepalingen in het restitutiereglement te beroepen, zodat de zorgverzekeraar het recht heeft vergoeding van de kosten van de behandeling in het Universitair ziekenhuis te Antwerpen te beperken tot ten hoogste 90% van het in Nederland geldende marktconforme tarief.
- 7.10 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek wordt afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 maart 2007

Voorzitter

