



BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D vs E te F
Zaak	: Geneeskundige zorg, buitenland, hoogte vergoeding
Zaaknummer	: 2007.00762
Zittingsdatum	: 7 november 2007



BINDEND ADVIES

Zaak: 2007.00762 (Geneeskundige zorg, buitenland, hoogte vergoeding)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw)

1. Partijen

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

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 1 maart 2007 inzake het niet volledig vergoeden van de kosten van een te Gronau (Duitsland) ondergane behandeling (prostaatverwijdering volgens de Da Vincimethode).

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige behandeling was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Bij uitkeringsbericht van 1 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat van de kosten van de te Gronau ondergane behandeling ad € 9.975,32, een deel, te weten € 8.613,97, zou worden vergoed.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 4 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven, zij het dat een aanvullende vergoeding wordt verleend van € 260,58, dit vanwege het feit dat het toepasselijke tarief ten tijde van de behandeling enigszins afwijkt van dat ten tijde van de aanvraag.

3.4. Bij brief van 8 mei 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is eerdergenoemde kosten volledig te vergoeden.

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 14 mei 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juli 2007

aan verzoeker gezonden.

3.7. Bij brief van 18 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw .

3.8. Op 18 september 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door beide partijen afgezien.

3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 16 oktober 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

4.1. Verzoeker stelt, onder verwijzing naar een mailbericht van het VUmc d.d. 17 april 2007, dat een hogere vergoeding aangewezen is. Volgens de informatie van het betreffende ziekenhuis bedroeg het aldaar toepasselijke tarief voor de onderhavige ingreep ten tijde van de behandeling € 15.243,34.

4.2. Verzoeker merkt voorts op dat, voorafgaand aan de behandeling, bij de zorgverzekeraar een begroting is ingediend. Op grond daarvan is hem op 2 januari 2007 medegedeeld dat de kosten volledig zouden worden vergoed. Uiteindelijk is verzoeker niet acht, maar dertien dagen opgenomen geweest. Verzoeker meent dat dit een gevolg is dat buiten zijn invloedssfeer ligt en dat de daaraan verbonden kosten om die reden voor vergoeding in aanmerking dienen te komen.

4.3. Verder brengt verzoeker in dat de behandeling in Nederland slechts sporadisch wordt toegepast, terwijl deze in Duitsland veel gebruikelijker is. Om reden van efficiëntie is voor het ziekenhuis in Gronau gekozen. Het bevreemdt verzoeker dat onder deze omstandigheden de tarieven in Nederland lager zouden zijn dan in Duitsland.

4.4. Tot slot tekent verzoeker aan dat zijn verzekering met ingang van 1 januari 2007 is gewijzigd van een mixpolis in een restitutiepolis, waarbij hem er op werd gewezen dat hierdoor de keuzevrijheid werd vergroot.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar licht toe dat in de brief van 2 januari 2007 werd gesproken over volledige vergoeding omdat het bedrag volgens de ingediende begroting lager was dan het toepasselijke Nederlandse tarief. Later bleken de kosten hoger, als gevolg van een langere opname. De zorgverzekeraar stelt dat hij daar geen invloed op heeft.

5.2. Ten aanzien van de hoogte van de verleende vergoeding geeft de zorgverzekeraar aan dat bij DBC-code 110400400313 een tarief hoort van € 6.343,00 voor kosten en € 1.264,00 voor het honorarium. Het gemiddelde verreken percentage van de Nederlandse ziekenhuizen bedroeg in januari 2007: 121,86. Toepassing van dit percentage op het kostendeel leidt tot een totale vergoeding van € 8.993,58. Het verreken tarief voor het VUmc is hoger dan eerdergenoemd gemiddelde, hetgeen de door verzoeker geconstateerde afwijking verklaart.

De zorgverzekeraar verwijst nog naar een uitspraak van het College voor zorgverzekeringen van 21 maart 2006 (RZA 2006,77), waarin wordt gesteld dat het maximum DBC-tarief een marktconform tarief is en dat het sluittarief hier niet bij betrokken hoeft te worden omdat het DBC-tarief in principe kostendekkend is .

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.

De beoordeling van het geschil

7.

7.1.

De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Vergoeding voor medisch specialistische zorg staat vermeld in artikel 15 van de zorgverzekering. Nu het hier een verzekerde prestatie betreft; partijen niet van mening verschillen over de vraag of verzoeker een indicatie heeft, terwijl zij het er voorts over eens zijn dat hij ook op deze zorg is aangewezen, hoeft op deze aspecten in dit verband niet te worden ingegaan. Slechts de hoogte van de vergoeding houdt verzoeker en de zorgverzekeraar immers verdeeld.

Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding in geval van behandeling in het buitenland bepaalt artikel 9.1 van de zorgverzekering:

*"De verzekerde die in Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:
(..)*

- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passen is te achten. "

Artikel 9.5 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

'Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen geldt dat bij het inroepen van niet-spoedeisende zorg in een ander land dan het woon land de verzekerde, voor het inroepen van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaande met verblijf, voorafgaande toestemming van [de zorgverzekeraar] nodig heeft, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg.



Spoeoelssende zorg is onvoorziensbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. (. . .)

- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 65 van de zorgverzekering, een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Overeenkomstig artikel 11 lid 3 van de Zvw heeft voor geneeskundige zorg een nadere uitwerking plaatsgevonden in artikel 2.4 van het Bzv. Artikel 13 van de Zvw bevat een regeling voor het geval de zorg of dienst wordt betrokken bij een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. In artikel 2.2 van het Bzv is de berekening van de vergoeding van kosten verder uitgewerkt.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt aansluitend vast dat verzoeker en de zorgverzekeraar niet van mening verschillen waar het gaat om de in dit geval toepasselijke DBC-code en het bijbehorende tarief. Het geschil spitst zich toe op het sluittarief (verrekenpercentage). Dienaangaande merkt de commissie op dat het DBC-tarief wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, nu het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief. Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit per ziekenhuis en per periode een verrekenpercentage vastgesteld. Dit percentage, dat de vorm kan hebben van een toeslag, maar ook van een korting, dient onder andere ter compensatie van onderzoeks- en scholingstaken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld en is afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds. Nu het verrekenpercentage afhankelijk is van de situatie in het ziekenhuis, en het - anders dan het DBC-tarief - niet rechtstreeks verband houdt met de uitgevoerde behandeling, ziet de commissie geen dwingende reden in geval van behandeling in het buitenland een toeslag of korting toe te passen. Indien echter een zorgverzekeraar, om hem moverende redenen, van oordeel is dat ter zake van een uit het buitenland afkomstige declaratie tóch een aanvullende vergoeding op basis van het (gemiddelde) verrekentarief geboden dient te worden, zoals in dit geval is gebeurd, dan zal de commissie in die beslissing niet treden.
- 7.7. Rest dan nog de vraag welke waarde moet worden toegekend aan de door verzoeker aangehaalde brief van de zorgverzekeraar d.d. 2 januari 2007, dit mede in het licht van artikel 9.5 van de zorgverzekering.

De commissie constateert dat de toezegging dat de kosten volledig zouden worden vergoed, was gebaseerd op een ingediende begroting. In het betreffende schrijven wordt door de zorgverzekeraar tevens uitleg gegeven over de DBC-systematiek en wordt onder andere gesteld: "Bij het toepassen van dergelijke tarieven is bepaald dat deze bij onverhoopte complicaties ongewijzigd blijven, ..." en "Wij berekenen de vergoeding van ziektekosten die in het buitenland ontstaan en waarvoor de verzekerde specifiek naar het buitenland reist, naar Nederlandse maatstaven, dus naar genoemd DBC-tarief."

Door te kiezen voor behandeling in het buitenland, in de wetenschap dat aldaar een andere declaratiesystematiek wordt gehanteerd, en met de kennis dat de kosten zouden worden vergoed tot maximaal het toepasselijke DBC-tarief, heeft verzoeker het risico op zich genomen dat bij een eventueel optreden van complicaties de toegezegde vergoeding mogelijk niet toereikend zou zijn en dat een deel van de kosten voor zijn rekening zou kunnen blijven.

7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 november 2007

Voorzitter