

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, kosten advies en dossierstudie  
Zaaknummer : 2007.1957  
Zittingsdatum : 23 april 2008

Zaak: 2007.1957, geneeskundige zorg, buitenland, kosten advies en dossierstudie

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, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

## 1 Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

## 2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 21 mei 2007 € 1.000,00 voor advies en dossierstudie behorende bij een behandeling in België, niet te vergoeden.

## 3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een aanvullende verzekering .

3.2. Bij brief van 21 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de door hem ingediende rekening van € 1.000,00 voor advies en dossierstudie, ondanks de toezegging voor de vergoeding van de bijbehorende behandeling, niet wordt vergoed.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 7 juni en 12 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 15 september 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de € 1.000,00 voor advies en dossierstudie 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 26 oktober 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 oktober 2007 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Bij brief van 29 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Bij brief van 29 oktober 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker gebruik gemaakt.
- 3.9. Het CVZ heeft op 27 november 2007 zijn advies gegeven en de commissie geadviseerd tot afwijzing omdat verzoeker naar het oordeel van het CVZ niet in aanmerking komt voor het gevraagde. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 23 april 2008 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 24 april 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 6 mei 2008 van het CVZ bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is een 61-jarige man. Hij heeft om vergoeding verzocht voor een behandeling voor het plaatsen van een heupprothese door dr. A. Kloeck in Gent (België) en aansluitend vier dagen revalidatie in de ANCA kliniek, eveneens in Gent. Hij heeft op 21 mei 2007 van zijn zorgverzekeraar toestemming voor de kosten van behandeling gekregen, behoudens het bedrag van € 1.000,00 voor advies en dossierstudie. De kostenpost voor dit honorarium wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar.
- 4.2. Verzoeker begrijpt niet waarom de zorgverzekeraar deze advies- en dossierstudiekosten als extra declaratie bovenop het wettelijke honorarium beschouwt. Hij is van oordeel dat het bedrag op grond van artikel 26.2 lid 3 en 26.5 van de polis van 2006 vergoed dient te worden.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat met de afgifte van een E-112 formulier voor de behandeling in België een begeleidend schrijven is verzonden waarin verzoekster is medegedeeld dat voorschotten, telefoonkosten, extra honorarium voor de behandelend specialist boven op het in België wettelijk vastgestelde tarief en supplementen voor een één- of tweepersoonskamer, niet voor vergoeding in aanmerking komen. De ingediende nota van € 1.000,00 voor advies en dossierkosten ziet op extra honorarium voor de behandelend specialist boven op het in België wettelijk vastgestelde tarief.
- 5.2. Met een E-112 formulier worden namelijk alle kosten binnen de EU, conform het nationale zekerheidsstelsel van het desbetreffende land, vergoed.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de onderhavige nota niet voor vergoeding in aanmerking komt.

## 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. 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Nu de aanvraag voor vergoeding van de onderhavige behandeling op 8 mei 2007 is gedateerd, zal deze getoetst worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering van 2007.

Vergoeding voor medisch-specialistische zorg met ziekenhuisverpleging is geregeld in de afdeling aanspraken. In artikel 1 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering wordt, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

*"U heeft bij ( . . ) ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen aanspraak op onderstaande zorg. ( . . )*

*- verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*

*- medisch specialistische ( . . ) zorg;*

*- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.*

*Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief. Dit geldt voor de volgende behandelingen:*

*( . . )*

*- Heupoperatie (i. v. m. artrose)*

*Voorwaarde*

*U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken. "*

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van aanspraak op zorg wordt vervolgens

in artikel 2.4 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering bepaald:

*"De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. "*

Met betrekking tot de Diagnose Behandeling Combinatie is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld in artikel 1 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering:

*"Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting vastgestelde, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgaanvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling (. . )."*

Voor de vergoeding van behandelingen in het buitenland geldt artikel 18 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering waarin, voor zover hier relevant, het volgende is geregeld:

*"De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:  
(. . . )  
vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van deze basisverzekering tot maximaal:  
- indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;  
- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief;  
- indien en voor zover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag".*

- 7.3. De regeling van de artikelen 1, 2.4, en 18 van de 'Voorwaarden' en artikel 1 van de 'Aanspraken' is volgens de algemene bepalingen, artikel 2.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. 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. Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.1, tweede lid van het Bzv is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.6. De commissie concludeert op basis van de in het dossier aanwezige stukken dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in dit geval onbeantwoord kan blijven. Met het afgeven van een E-112 formulier door de zorgverzekeraar op 21 mei 2007 voor de geneeskundige zorg in België is de beoordeling van de gebruikelijkheid, de indicatie en de doelmatigheid van de onderhavige zorg in dit specifieke geval immers niet meer relevant.
- 7.7. Rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. De commissie stelt vast dat door de zorgverzekeraar bij de toestemming van 1 mei 2007 een E-112 formulier is afgegeven. Dit houdt in dat de vergoeding tussen de zorgverzekeraar en de zorginstelling in België wordt geregeld overeenkomstig het sociale zekerheidsstelsel van het land van de zorginstelling, in casu het Belgische sociale zekerheidsstelsel. De rekening van 15 juni 2007 valt daar niet onder. Verzoeker mag worden verondersteld dit te weten, mede gezien het begeleidend schrijven dat met het E-112 formulier op 1 mei 2007 is meegezonden en waarin verzoeker is medegedeeld dat voorschotten, telefoonkosten en dergelijke niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verder is door de zorgverzekeraar geadviseerd voorafgaand aan de behandeling contact op te nemen en een kostenraming te overleggen, opdat de zorgverzekeraar kan aangeven in hoeverre de kosten van de behandeling voor vergoeding in aanmerking komen. Omdat de onderhavige nota ziet op extra honorarium voor de behandelend specialist boven op het wettelijk vastgestelde tarief, komt de commissie tot de conclusie dat de onderhavige nota voor advies en dossierstudie niet voor vergoeding in aanmerking.
- 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, 14 mei 2008

Voorzitter