

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, sleeve-operatie, vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener, informatie website
Zaaknummer : 2013.01418
Zittingsdatum : 5 maart 2014

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de kosten van een sleeve-operatie (hierna: de aanspraak). De zorgverzekeraar heeft verzoekster op 8 mei 2013 telefonisch medegedeeld dat de met ingang van 2013 gedeclareerde nota's voor deze operatie tot 75 percent van het marktconforme tarief worden vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 mei 2013 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 5 september 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 november 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 december 2013 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 december 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 28 februari 2014 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 december 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 5 februari 2013 (zaaknummer 2013157124) heeft het CVZ de commissie medegedeeld zich in deze te onthouden van het uitbrengen van een advies. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 12 februari 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 6 maart 2014 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft verzoekster de commissie bij e-mailbericht van 11 maart 2013 geïnformeerd dat het Albert Schweitzer ziekenhuis het verschil ter grootte van 25 percent voor zijn rekening neemt. Een afschrift van voornoemd e-mailbericht heeft de commissie aan de zorgverzekeraar gezonden. Deze is daarbij in de gelegenheid gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren, hetgeen hij bij e-mailbericht brief van 28 maart 2014 heeft gedaan. Een kopie van laatstgenoemd e-mailbericht is ter kennisname aan verzoekster gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is in november 2012 gestart met het voortraject van een Biliopancreatische deviatie in het Albert Schweitzer ziekenhuis. Toen zij in mei 2013 op consult was bij de behandelend chirurg, deelde deze haar mede dat ook een andere operatie mogelijk is met hetzelfde effect maar met een kleinere kans op complicaties. Indien verzoekster voor deze zogeheten sleeve-operatie zou kiezen, kon de ingreep al op 18 juni 2013 plaatsvinden. Echter, kort na dit bezoek werd verzoekster gebeld door de obesitas-verpleegkundige met de mededeling dat verschillende patiënten, die ook bij de zorgverzekeraar zijn verzekerd, de kosten van de sleeve-operatie niet vergoed kregen. Na deze mededeling heeft verzoekster de zorgverzekeraar een brief gestuurd met daarin de vraag of de kosten zouden worden vergoed.
- 4.2. In reactie op dit schrijven ontving verzoekster op 29 mei 2013 een brief waarin haar werd medegedeeld dat de operatie niet (geheel) zal worden vergoed. Tevens adviseerde de zorgverzekeraar verzoekster de behandeling voort te zetten in een ziekenhuis dat wel is gecontracteerd. Deze reactie verbaasde verzoekster aangezien zij reeds in 2012 met de behandeling was gestart en zij nimmer door de zorgverzekeraar was geïnformeerd dat mogelijk een deel van de kosten niet zou worden vergoed.
- 4.3. Volgens verzoekster is op de website van de zorgverzekeraar een overzicht te vinden met zorgaanbieders die door de zorgverzekeraar zijn gecontracteerd. Indien verzoekster op deze Zorgvergelijker achtereenvolgens de termen "Interne Geneeskunde" en "obesitas" invult, verschijnt een lijst van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders in de omgeving, waaronder het door verzoekster bezochte Albert Schweitzer ziekenhuis. Hieruit maakt verzoekster op dat de zorgverzekeraar wel degelijk een contract heeft met dit ziekenhuis.

4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de zorgverzekeraar, nadat deze haar had medegedeeld dat de behandeling niet (volledig) zou worden vergoed niets heeft gedaan in het kader van de bemiddeling. De medewerker wilde enkel een ander ziekenhuis bellen om daar een afspraak voor haar te maken. Verzoekster heeft dit geweigerd aangezien een behandeling in Bergen op Zoom geld zou kosten. Zij heeft maar een klein baantje en kan de reiskosten niet betalen.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar heeft voor 2012 de bariatrische chirurgie in het Albert Schweitzer ziekenhuis ingedeeld in categorie 4. Dit betekent dat deze zorg in dit ziekenhuis ten tijde van de beoordeling niet voldeed aan de minimale kwaliteitseisen, met als gevolg dat de zorgverzekeraar voor bariatrische chirurgie met ingang van 2012 geen contract heeft afgesloten. Voor zorg, verleend in een niet-gecontracteerd ziekenhuis krijgen verzekerden een vergoeding van 75 percent van het tarief dat in Nederland gebruikelijk is. Als overgangsmaatregel en bij wijze van coulance heeft de zorgverzekeraar echter besloten de behandelingen in 2012 nog volledig te vergoeden.

5.2. In het geval van verzoekster betekent het voorgaande dat de kosten van het voortraject nog worden vergoed tot maximaal het tarief dat in Nederland gebruikelijk is. De door verzoekster in 2013 gedeclareerde nota's zullen daarentegen worden vergoed tot maximaal 75 percent van het tarief dat in Nederland gebruikelijk is.

5.3. Op de website van de zorgverzekeraar staat vermeld dat het Albert Schweitzer ziekenhuis is gecontracteerd voor obesitas. Niet in alle gevallen waarin sprake is van overgewicht hoeft echter te worden geopereerd. Het opereren van iemand met overgewicht is niet vergelijkbaar met het verstrekken van het advies een dieet te volgen. Indien verzoekster de zoekterm "bariatrische chirurgie" had ingevoerd, was duidelijk geworden dat het Albert Schweitzer ziekenhuis hiervoor niet is gecontracteerd.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij eerst in mei 2013 bekend is geworden met het feit dat verzoekster met een bariatrisch traject was gestart in het Albert Schweitzer ziekenhuis. Aangezien dit ziekenhuis voor bariatrische chirurgie niet is gecontracteerd, heeft de zorgverzekeraar aangeboden onderzoek te doen naar de mogelijkheden en de wachttijden elders. Dit aanbod is door verzoekster afgeslagen.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van een sleeve-operatie ten laste van de zorgverzekering.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. e.v. van de zorgverzekering. Artikel B.4.2. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

B.4.2.1. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op:

*a. medisch specialistische behandeling;
(...)*

B.4.2.2. Voorwaarden

(...)

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Dat hangt ervan af naar welke zorgverlener u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

(...)”

8.3. In artikel A.20 van de zorgverzekering is bepaald dat als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener, de vergoeding een percentage van de kosten bedraagt. De hoogte van dit percentage is afhankelijk van de zorg die is verleend.

“b. Verlaagd tarief van het vaste of marktconforme tarief

Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select en Zorgverzekering Natura Direct:

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling / zorg? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een zorgovereenkomst hebben gesloten? Dan verlagen wij de vergoeding. Wij vergoeden dan een bepaald percentage (deel) van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief, dan vergoeden wij dat percentage van het marktconforme tarief. Hoe hoog dat vergoedingspercentage is, kunt u vinden in de bijlage Premies en Vergoedingstarieven".

(...)”

8.4. In de bijlage “Premies en Vergoedingstarieven” is het volgende opgenomen:

“Tarieven (artikel A.20.)

Als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen zorgovereenkomst hebben, dan vergoeden wij vanuit de zorgverzekering niet het gehele marktconforme tarief maar een deel daarvan. U kunt dat lezen in artikel A.20.2. van de verzekeringsvoorwaarden. Het te vergoeden percentage is:

- 50% voor specialistische GGZ (artikel B.19.2.);

- 75% voor alle andere zorgsoorten.

(...)”

8.5. De artikelen A.20, B.4.2. en de bijlage “Premies en Vergoedingstarieven” zijn volgens artikel A.2.4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw),

het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. De vergoeding van zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgverlener in geval van een naturapolis, is geregeld in artikel 13 Zvw.
- 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 gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar 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
 - 9.1. Niet in geschil is dat (i) de genoten zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, (ii) verzoekster ten tijde van de ingreep daarvoor een indicatie had, en (iii) de zorgaanbieder voor de onderhavige zorg niet is gecontracteerd door de zorgverzekeraar. In geschil is de hoogte van de toegekende vergoeding. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
 - 9.2. Verzoekster heeft een naturapolis afgesloten, waarin is bepaald dat zij, indien zij gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg, aanspraak heeft op 75 percent van het in Nederland geldende wettelijke tarief of – indien geen wettelijk tarief is vastgesteld – een vergoeding overeenkomstig de lijst van maximale vergoedingen die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. Gelet op artikel 13 Zvw is de zorgverzekeraar gerechtigd een zodanige regeling in de polisvoorwaarden op te nemen. Aangezien vaststaat dat de zorgverzekeraar het Albert Schweitzer ziekenhuis niet heeft gecontracteerd voor een sleeve-operatie, staat het de zorgverzekeraar vrij te bepalen dat maximaal 75 percent van de kosten hiervan wordt vergoed. Het is aan de zorgverlener patiënten te informeren over de (eventuele) financiële consequenties van een behandeling.
 - 9.3. Niettegenstaande het voorgaande rust ook op de zorgverzekeraar een informatieplicht. De NZa heeft in het “Richtsnoer informatieverstrekking zorgverzekeraars en volmachten” vastgelegd welke informatie zorgverzekeraars minimaal dienen te verstrekken, zodat de verzekerde beschikt over juiste, volledige en begrijpelijke (keuze)informatie. Op grond van dit Richtsnoer dient de zorgverzekeraar aan zijn verzekerden duidelijk kenbaar te maken met welke zorgaanbieders hij een contract heeft afgesloten.
 - 9.4. De commissie komt tot het oordeel dat de zorgverzekeraar in die verplichting is tekortgeschoten. In de polisvoorwaarden wordt voor een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders verwezen naar de Zorgvergelijker op de website. Indien deze Zorgvergelijker wordt bezocht en achtereenvolgens de termen “Interne Geneeskun-

de” en “obesitas” in combinatie met de postcode van verzoekster worden ingevuld, verschijnt een lijst van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders in de omgeving, waaronder het door verzoekster bezochte Albert Schweitzer ziekenhuis. Gelet op de combinatie “Interne Geneeskunde” en “obesitas” is de commissie van oordeel dat verzoekster niet kan worden tegengeworpen dat hier mogelijk op iets anders is gedoeld dan bariatrische chirurgie. Dat bij het gebruik van andere zoektermen de uitkomst is dat genoemd ziekenhuis voor deze zorg niet is gecontracteerd, maakt het voorgaande niet anders. Verzoekster is een leek en van haar kan in redelijkheid niet worden verwacht dat zij de desbetreffende behandeling zo precies weet te duiden. Dit geldt te meer nu zij niet bekend was met de uitkomst van het in 2011 door de zorgverzekeraar uitgevoerde onderzoek en er voor haar derhalve geen enkele aanleiding was te veronderstellen dat de contractuele relatie met het ziekenhuis door de zorgverzekeraar niet zou worden voortgezet.

Aangezien verzoekster de commissie bij e-mailbericht van 11 maart 2014 heeft geïnformeerd dat het Albert Schweitzer ziekenhuis het verschil ter grootte van 25 percent van de kosten voor zijn rekening neemt zijn aan voorgaande conclusie evenwel geen financiële consequenties verbonden voor de zorgverzekeraar.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 2 april 2014,

Voorzitter