

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B tegen C en D beide te E
Zaak : Curaçao, hoogte marktconforme tarieven
Zaaknummer : 2012.01467
Zittingsdatum : 23 januari 2013

1. Partijen

De heer A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E en

2) D te E

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Basisfit internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht op zijn website een lijst te publiceren van de marktconforme tarieven, behorende bij alle bestaande DBC-codes (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 1 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 29 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 1 september 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 november 2012 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 november 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 januari 2012 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is op 1 januari 2010 geëmigreerd naar Curaçao, en heeft daarbij gekozen voor de onderhavige verzekering. De ziektekostenverzekeraar wijkt in zijn polisvoorwaarden af van de gebruikelijke internationale ziektekostenverzekeringen, in die zin dat de vergoeding wordt gelimiteerd tot de maximale vergoeding die in Nederland zou worden verleend. Bij behandeling in Curaçao of een ander land moet verzoeker de kosten kunnen vergelijken met de Nederlandse kosten, teneinde te kunnen beslissen waar hij de behandeling laat uitvoeren.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar weigert de door hem gehanteerde tarieven inzichtelijk te maken voor zijn verzekerden. Het is enkel mogelijk een behandelplan in te dienen. Op dat moment is de behandeling echter al aangevangen.
- 4.3. Volgens de Nza dienen verzekeraars helderheid te verschaffen over de hoogte van de tarieven. Het dient hierbij te gaan om absolute bedragen. Het publiceren van deze gegevens is voor de ziektekostenverzekeraar niet ondoenlijk, omdat hij moet beschikken over een database waarin deze gegevens staan. Als dit niet het geval zou zijn, kon de ziektekostenverzekeraar nooit de declaraties controleren of betalen aan de zorgaanbieders die deze indienen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het hoogste tarief waarvoor door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd (nog) als marktconform is te beschouwen.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Door de Nza wordt bij de informatieplicht verwezen naar artikel 40 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Aangezien verzoeker geen zorgverzekering heeft gesloten, is deze wet in dit kader niet van toepassing. Voorts wordt door de Nza toegelicht dat aan de informatieplicht is voldaan indien de verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar kan informeren naar de hoogte van de vergoeding. Verzoeker heeft ruim vóór zijn geplande oogoperatie van de ziektekostenverzekeraar vernomen wat de hoogte van de vergoeding zou zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee voldaan aan zijn informatieplicht.
- 5.2. Er bestaat geen simpele rekenkundige formule waarmee eensluidend en op eenvoudige wijze in een bepaald geval het marktconforme tarief kan worden vastgesteld. Dat komt onder andere doordat de markt vele tarieven kent voor behandelingen waarvoor de overheid geen maximum heeft vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft inzicht in vele tarieven en beziet in een voorkomend geval of een ingediende declaratie niet teveel uit de pas loopt. Dat is in zijn algemeenheid niet nader uit te werken. Bij een declaratie van grote omvang zal een bepaalde afwijking in absolute zin geen reden zijn te stellen dat van marktconformiteit geen sprake is, terwijl dat bij een declara-

tie van geringe(re) omvang wel het geval kan zijn. Een methode die de ziektekostenverzekeraar in samenwerking met Multizorg VRZ hanteert om de relevante hoogte van een DBC te bepalen, is het gemiddelde te berekenen van de tarieven, en daarbij de extremen (meer dan twee keer de standaardafwijking) buiten beschouwing te laten.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. In artikel 9 van 'Deel A' van de ziektekostenverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Verzoeker is bij brief van 4 september 2012 verzocht om betaling van het entreegeld. Dit bedrag is op 25 september 2012 door verzoeker voldaan. Met het voldoen van het entreegeld heeft verzoeker, naar het oordeel van de commissie, impliciet te kennen gegeven dat hij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen en verzoeker inzage te verschaffen in alle marktconforme tarieven door middel van het publiceren van een lijst op zijn website.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

- 8.2. Artikel 1 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 De [naam ziektekostenverzekering] biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij bent u vrij in de keuze van zorgverlener. De zorgverlener moet wel voldoen aan de geldende (kwaliteits)wetgeving.

lid 2 [naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten tot maximaal:

- 1. het tarief overeengekomen tussen de zorgverlener en [naam ziektekostenverzekeraar];*
- 2. als er geen contract is, het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op het moment van behandeling, of*
- 3. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*

lid 3 [naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij in vrijwel alle landen de gemiddelde wisselkoers in de maand voor de afwikkeling. Alleen bij nota's uit EU- en EER-landen die geen euro voeren, hanteert [naam ziektekostenverzekeraar] de door het College voor zorgverzekeringen berekende koers. Dat is de gemiddelde koers in de eerste maand van het kwartaal voor de afwikkeling."

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker heeft verwezen naar een publicatie van de Nza, waaruit blijkt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is informatie over de marktconforme tarieven te verstrekken door middel van het publiceren van een lijst op zijn website. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen aangevoerd dat deze eis volgt uit artikel 40 Wmg, welke wet niet van toepassing is op een niet-zorgverzekering. Bovendien is aan de informatieplicht voldaan indien de ziektekostenverzekeraar in een concreet geval desgevraagd informatie over de verzekering aan zijn verzekerden verstrekt.
- 9.2. Met het sluiten van de ziektekostenverzekering is verzoeker akkoord gegaan met de toepasselijke voorwaarden. Uit deze voorwaarden volgt eenduidig dat de te vergoeden bedragen worden beperkt door de Nederlandse marktconforme tarieven. Dat andere internationale verzekeraars een ander systeem hanteren, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij het product in te richten op de wijze die hem goeddunkt. Indien verzoeker zou willen kiezen voor een andere systematiek zal hij zich derhalve moeten wenden tot een andere verzekeraar.
- 9.3. Uitgaande van de door verzoeker gemaakte keuze voor het onderhavige verzekeringsproduct, is de volgende vraag of de ziektekostenverzekeraar, mede in het licht van de Wmg, kan worden gehouden de Nederlandse marktconforme tarieven te publiceren op zijn website.
- 9.4. Het is de commissie bekend dat andere Nederlandse verzekeraars op hun websites lijsten plaatsen met daarop de tarieven behorende bij DBC-codes uit het zogenoemde B-segment. Dit zijn de tarieven waarover door deze ziektekostenverzekeraars is onderhandeld met de zorgaanbieders. De tarieven bij de codes uit het zogenoemde A-segment zijn te achterhalen via de website van de Nza. Deze tarieven staan landelijk vast.
- 9.5. Waar verzoeker het heeft over een publicatie van de Nza over deze materie, doelt hij waarschijnlijk op het 'Richtsnoer Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars en volmachten'. Met dit richtsnoer wordt beoogd invulling te geven aan de open normen van artikel 40 lid 1 tot en met 3 Wmg. Ten aanzien van de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg bepaalt de richtlijn dat de hoogte van de vergoeding voorafgaand aan de behandeling in absolute bedragen te achterhalen moet zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzekerden in voorkomend geval desgevraagd vooraf kunnen informeren naar het bedrag dat wordt vergoed. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar aldus heeft voldaan aan de op hem rustende verplichtingen uit hoofde van de Wmg en het bedoelde richtsnoer.
- 9.6. De commissie merkt voorts op dat sprake is van verschillende markten en dat binnen die onderscheiden markten een uitschieter naar boven (evenals een uitschieter naar beneden) niet als marktconform is te duiden. Net zo min als verzoeker per definitie recht heeft op de hoogste vergoeding, kan de ziektekostenverzekeraar zich erop beroepen dat op basis van het laagste tarief moet worden vergoed. Deze stelling van verzoeker moet daarom worden verworpen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 februari 2013,

Voorzitter