



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar
N.V. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, huisartsenzorg, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201501738

Zittingsdatum : 2 december 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Supertop afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een consult bij een huisarts in Kanne, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor een kort consult maximaal € 9,04 wordt vergoed, en voor een lang consult maximaal € 18,08.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 april en 7 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 15 juli 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot het bedrag van het passantentarium in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 augustus 2015 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 9 oktober 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 november 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015124704) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen als blijkt dat vergoeding conform de polisvoorwaarden heeft plaatsgevonden.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 10 november 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 13 november 2015 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft zowel in haar woonplaats Maastricht als in Kanne, een plaats net over de grens met België, een huisarts. De reden hiervoor is dat zij in een Nederlands ziekenhuis onder behandeling is in verband met borstkanker, en in een Belgisch ziekenhuis in verband met multiple sclerose (MS). Indien zij haar Nederlandse huisarts bezoekt, worden alle kosten vergoed, maar bij haar Belgische huisarts ontvangt zij slechts een gedeeltelijke vergoeding. De Belgische huisarts is echter goedkoper dan de Nederlandse huisarts, omdat deze geen standaard vergoeding ontvangt voor iedere ingeschreven patiënt. Bovendien is de Belgische huisarts veel langer beschikbaar. Waar in Nederland na 17:45 uur al moet worden uitgeweken naar de huisartsenpost, kan verzoekster in België tot 21:00 uur terecht bij de huisarts voor een spoedconsult. Deze rekent in dat geval een bedrag van € 28,50, terwijl de huisartsenpost in Nederland € 90,- in rekening brengt.
- 4.2. Huisartsenbezoek valt onder het basispakket, waarop de Europese regelgeving van toepassing is. Verzoekster kan daarom naar een Belgische huisarts gaan, en de kosten die hieraan zijn verbonden, zijn te verhalen op het orgaan in de bevoegde EU-lidstaat, in dit geval de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar is gehouden de betreffende kosten te vergoeden tot het in Nederland van toepassing zijnde tarief. Behalve de standaardtarieven, kan ook een passantentarium worden vergoed. Dit is aan de orde bij incidentele en acute hulpverlening op werkdagen overdag aan niet-ingeschreven verzekerden. De patiënt mag niet wonen in de vestigingsgemeente van de huisarts. De huisarts moet een overeenkomst hebben met minimaal één zorgverzekeraar. Deze voorwaarden volgen uit de LHV-Declareerwijzer 2014 van de Landelijke Huisartsenvereniging. Aan genoemde voorwaarden wordt voldaan. Het laatste consult bij de Belgische huisarts betrof een infectie aan de ogen. De betrokken arts is een in België erkende en gekwalificeerde geneesheer. De ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoekster de gemaakte kosten volledig dan wel tot het bedrag van het passantentarium te vergoeden.
- 4.3. Op 25 juli 2014 heeft verzoekster gesproken met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, die haar vertelde dat zij zich moest laten uitschrijven bij de huisartsenpraktijk in Nederland. Ieder consult aldaar zou zij dan wel eerst zelf moeten betalen, zoals dat ook in België gebruikelijk is. De vergoeding zou in dat geval € 24,- bedragen voor een regulier consult. Deze beslissing van de medewerker van de ziektekostenverzekeraar is echter zonder nadere toelichting herroepen.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. In de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zijn maximumtarieven vastgesteld voor huisartsenzorg. De ziektekostenverzekeraar vergoedt nooit meer dan het wettelijk vastgestelde tarief. De overheid maakt hierbij onder andere een onderscheid tussen een basisconsult en een passantenconsult. Indien sprake is van incidentele en acute zorg bij een huisarts, waar een verzekerde niet is ingeschreven en in een plaats waar die verzekerde niet woonachtig is, mag de huisarts een passantentarief declareren, dat door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed.
- 5.2. Verzoekster is ingeschreven bij een huisarts in Maastricht. Zij bezoekt een huisarts in België voor reguliere consulten. De ziektekostenverzekeraar vergoedt daarom niet meer dan het wettelijk tarief voor een basisconsult. Dit betreft € 9,04 voor een kort consult en € 18,08 voor een lang consult (2015).
Eventuele voordelen van de Belgische huisarts ten opzichte van de Nederlandse huisarts spelen geen rol bij de beoordeling.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar 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 en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot het bedrag van het passantentarief in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.3. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“De zorg omvat huisartsenzorg zoals huisartsen die plegen te bieden en omvat onder andere:

- *gezondheidsadvisering;*
- *behandeling;*
- *laboratoriumonderzoek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;*
- *preconceptiezorg. (...)*”

- 8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- *zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
- *(vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)"*

- 8.5. De artikelen B.2. en B.3. van de zorgverzekering 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 b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Huisartsenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 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 ziektekostenverzekeraar 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.

- 8.8. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Vast staat dat verzoekster woont in Nederland, en dat zij ten tijde van het laatste bezoek aan de huisarts in België niet tijdelijk aldaar verbleef. Geconstateerd kan daarom worden dat zij naar België, een andere EU-lidstaat, is gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg als bedoeld in artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

- 9.2. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. In Nederland krijgt iedere huisarts een vergoeding per bij hem ingeschreven verzekerde, waarbij niet relevant is of de verzekerde de huisarts ook bezoekt. Bij bezoek aan een andere dan de eigen huisarts bestond in 2014 recht op een vergoeding van maximaal € 9,01 per kort consult en maximaal € 18,02 per consult langer dan 20 minuten, zo volgt uit de tariefbeschikking huisartsenzorg TB/ CU-7076-02 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (geldig vanaf 1 januari 2014). Hierop gold in voornoemd jaar een uitzondering indien de door de andere huisarts verleende zorg incidenteel en acuut was. In dat geval werd een zogenoemd 'passantentarief' vergoed van € 27,25 per kort consult en € 54,50 voor een consult langer dan 20 minuten. Vast staat dat verzoekster is ingeschreven bij een Nederlandse huisarts. Zij is in het jaar 2014 meer dan één keer op consult geweest bij de Belgische huisarts, zodat niet kan worden gesproken van incidentele hulpverlening. Bovendien ging het de laatste keer om een behandeling in verband met een ooginfectie. Niet gebleken is dat het hierbij ging om acute hulpverlening. Aangezien verzoekster in 2014 niet voldeed aan de voorwaarden die golden voor vergoeding van het 'passantentarief', heeft zij aanspraak op maximaal de in de tariefbeschikking van de Nza genoemde tarieven van € 9,01 respectievelijk € 18,02, ten laste van de zorgverzekering. Om hem moverende redenen heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster het tarief vergoed van 2015. In die beslissing van de ziektekostenverzekeraar zal de commissie niet treden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor huisartsenzorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Telefoongesprek 25 juli 2014

- 9.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat haar op 25 juli 2014 door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar is verteld dat zij zich moest laten uitschrijven bij de huisartsenpraktijk in Nederland. In dat geval zou zij € 24,-- ontvangen voor een regulier consult. Later is hierop schriftelijk door de ziektekostenverzekeraar teruggekomen, aldus verzoekster. Niet gebleken is dat verzoekster zich heeft laten uitschrijven bij de Nederlandse huisartsenpraktijk. De vraag of zij in die situatie aanspraak heeft op een bedrag van € 24,-- per regulier consult, kan dan ook onbeantwoord blijven.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 december 2015,

A.I.M. van Mierlo