

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in deze vertegenwoordigd door C te D vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, vergoeding second opinion
Zaaknummer : ANO07.384
Zittingsdatum : 12 december 2007

BINDEND ADVIES

Zaak ANO07.384, Geneeskundige zorg, buitenland, vergoeding second opinion

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 11, 13 en 14 Zvw, 2.4 Bzv)

1. Partijen

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

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 31 januari 2007 inzake het niet volledig vergoeden van een second opinion, uitgevoerd te Antwerpen (België).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 31 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de door haar gevraagde second opinion, uitgevoerd te Antwerpen, wordt vergoed volgens de in Nederland geldende maatstaven.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld bij zijn standpunt te blijven. Eveneens is dit gedaan bij brief van 10 april 2007.
- 3.4 Bij brief van 30 mei 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar op te dragen de second opinion alsnog volledig te vergoeden.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 29 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Bij brief van 11 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8 Op 11 oktober 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 verzoekster en de

zorgverzekeraar gebruik gemaakt.

- 3.9 Het College voor zorgverzekeringen heeft op 12 november 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10 Partijen zijn op 12 december 2007 in persoon gehoord. Ter zitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt herhaald. Ook de zorgverzekeraar heeft op het advies van het College voor zorgverzekeringen gereageerd.
- 3.11 Bij brief van 14 december 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster is door haar huisarts voor een second opinion doorverwezen naar een ziekenhuis in Antwerpen. De dochter van verzoekster heeft contact opgenomen met de zorgverzekeraar om te vragen naar de hoogte van de vergoeding. Bij die gelegenheid is haar medegedeeld dat zij negentig procent van de kosten vergoed zou krijgen. De resterende tien procent diende door verzoekster zelf te worden betaald. Zou de zorgverzekeraar toen te kennen hebben gegeven dat vergoed wordt negentig procent van de kosten naar Nederlandse maatstaven, dan had verzoekster, gezien haar financiële draagkracht, eerst bij het betreffende ziekenhuis geïnformeerd naar de hoogte van de in rekening te brengen kosten.
- 4.2 Verzoekster vindt dat zij door de zorgverzekeraar onvolledig is geïnformeerd. Zij kan uit de polisvoorwaarden nergens afleiden dat zij maar negentig procent van het Nederlandse tarief vergoed krijgt.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De nota's inzake de second opinion zijn begin december in behandeling genomen. De kosten waren toen al door verzoekster gemaakt, zodat het antwoord op de vraag of de vergoeding negentig procent van het Nederlands tarief betreft en niet negentig procent van de werkelijke kosten, niet gedragsbepalend is geweest.
- 5.2 Er is niet gebleken van verkeerde of misleidende informatie. Hoewel verzoekster zich wellicht onvoldoende vergewist heeft van de financiële implicaties, kan dit niet leiden tot het buiten toepassing laten van de bij verzoekster bekende polisvoorwaarden.
- 5.3 Enkel het tarief voor een second opinion, te weten € 206,51, zou vergoed worden. Er is echter een fout in de uitbetaling ontstaan in het voordeel van verzoekster. In totaal is ruim € 559,00 aan verzoekster vergoed. Dit zal niet worden teruggedraaid.

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.

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 geregeld 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. Vergoeding van medisch specialistische zorg is geregeld in artikel 20 van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"lid 1

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

plaats:

De zorg wordt verleend op de lokatie van het ziekenhuis.

Bij zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis vindt vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de Zorgverzekering (...) vermeld staat. Dit Reglement is kosteloos opvraagbaar en staat ook op de internetsite [http: \(...\)](http://...) van de zorgverzekeraar."

Artikel 4 lid 6 van het restitutiereglement van de zorgverzekeraar bepaalt, voor zover van het belang, het volgende:

"Voor medisch-specialistische zorg die is genoemd in de bovenstaande leden, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en die is geleverd door een zorgverlener buiten Nederland, waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis de voor de betreffende zorg door de zorgverlener afgegeven, gespecificeerde nota, tot een maximum van negentig procent van het WTG tarief (A-segment) dan wel gemiddeld gecontracteerde tarief (B-segment)."

- 7.3 Volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering is de verzekeringsovereenkomst gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd op het polisblad.
- 7.4 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.

Geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv. Het betreft onder andere zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Artikel 13 lid 1 van de Zvw regelt dat indien een verzekerde bepaalde vormen van zorg van een andere zorgaanbieder betreft, dan de zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst tot het leveren van zorg gesloten heeft, het de zorgverzekeraar is die de vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten vaststelt.

- 7.5 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 Allereerst dient onderscheid te worden gemaakt tussen een second opinion (zelfde zorgvraag, tweede beoordeling op basis van onderzoeksuitkomsten, zonder dat de tweede arts de behandeling overneemt) en doorverwijzing (eerste arts die er niet uitkomt en doorverwijst).
In de Nederlandse situatie vindt vergoeding van kosten plaats op basis van zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties (DBC). Dit is door de zorgverzekeraar verwoord aan het begin van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, waarin de definitie van de afkorting “DBC” staat. Gesteld noch gebleken is dat de zorgverzekeraar in dit geval een onjuiste DBC-code, respectievelijk DBC-tarief heeft gehanteerd. Dat het ziekenhuis waar de second opinion is uitgevoerd een ander, hoger, tarief in rekening heeft gebracht, doet hieraan niet af. Overigens is door de zorgverzekeraar meer vergoed dan waarop verzoekster op grond van de zorgverzekering recht heeft.
- 7.7 Dat in afwijking van artikel 20 van de zorgverzekering, dat naar artikel 4 lid 6 van het restitutiereglement verwijst, van de zijde van de zorgverzekeraar een bepaalde toezegging zou zijn gedaan, is in de procedure niet gebleken. Integendeel, uit de stukken valt op te maken dat het telefoongesprek waarop verzoekster zich beroept, heeft plaatsgevonden nadat de second opinion reeds was uitgevoerd. De tijdens het gesprek van de kant van de zorgverzekeraar gedane mededeling was derhalve niet bepalend voor haar beslissing.
- 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, 11 januari 2008

Voorzitter

