



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, hoogte vergoeding allergoloog,
Zaaknummer : 201402215
Zittingsdatum : 17 december 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F, hierna te noemen: de gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam gevolmachtigde] Compleet Pakket en [naam gevolmachtigde] Tandartskostenverzekering € 350,- zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van behandeling in het Centrum voor Allergologie Twente (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat van de declaratie van € 1.211,70 een bedrag van € 693,97 wordt vergoed.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 21 juli en 28 augustus 2014 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 25 september 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar 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 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 18 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 november 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 november 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 december 2014 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker is sinds 2011 onder behandeling bij het Centrum voor Allergologie Twente (hierna: het CAT), een "RVE" binnen de Ziekenhuisgroep Twente. Als verzoeker met de zorgzoeker van de ziektekostenverzekeraar op allergologie zoekt, komt hij uit bij de Ziekenhuisgroep Twente. Verzoeker heeft in 2014 een nota ontvangen van het CAT die hij zelf heeft moeten voorschieten. Deze nota heeft hij vervolgens ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft deze nota slechts voor een deel vergoed, waardoor een bedrag van ongeveer € 500,- voor rekening van verzoeker blijft. In 2013 zijn deze kosten nog wél volledig vergoed.

4.2. Verzoeker stelt dat de verzekeringsmaatschappijen bij alle ziekenhuizen (ook waar geen allergoloog werkzaam is) vragen wat aldaar de kosten zijn van de behandeling met declaratiecode 15D220. Op deze wijze wordt een maximumvergoeding vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar weigert aan verzoeker de meerkosten te vergoeden. Volgens verzoeker voldoet de ziektekostenverzekeraar (en ook andere verzekeraars) met voornoemde berekening van de maximumvergoeding niet aan zijn zorgplicht. Op grond van deze zorgplicht moet de ziektekostenverzekeraar een zorgverlener in de buurt van de patiënt (i.c. verzoeker) contracteren. In het geval van verzoeker zit de dichtstbijzijnde allergoloog op 80 km van zijn huisadres.


4.3. Verzoeker heeft ter onderbouwing van voornoemde stelling een brief van het CAT van augustus 2013 overgelegd. In deze brief staat onder meer: "Allergologie behoort tot de basiszorg. Een ieder moet dus bij dit specialisme terecht kunnen! Uw verzekeraar moet hiervoor zorgen (zorgplicht, zie onderaan deze brief). Uw zorgverzekeraar is daarom wettelijk verplicht de kosten te vergoeden. Uw verzekeraar bepaalt echter zelf hoeveel wordt vergoed van uw declaratie." Voorts staat in deze brief vermeld dat verzekeraars niet verplicht zijn om overeenkomsten af te sluiten met alle zorgaanbieders, maar dat verzekerden wel het recht hebben te kiezen voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Ook heeft verzoeker een stuk van de Tweede Kamer overgelegd ter zake van de vrije artskeuze in relatie tot natura- en restitutiepolissen. Aan dit stuk zijn opmerkingen toegevoegd, die gebruikt kunnen worden indien een verzekeraar zorgkosten niet volledig wil vergoeden.


4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar


5.1. Het CAT is een zelfstandig behandelcentrum dat niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Het CAT is wel gecontracteerd door de Ziekenhuisgroep Twente. Als het CAT echter een patiënt behandelt als zelfstandig behandelcentrum, moet de patiënt inderdaad een nota ontvangen, die hij vervolgens ter declaratie kan indienen bij zijn verzekeraar.

5.2. Op grond van de zorgverzekering bestaat voor zorg, verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, aanspraak op vergoeding van het wettelijk maximumtarief, of - bij het ontbreken hiervan - het marktconforme tarief. Het CAT heeft de geleverde zorg gefactureerd met declaratiecode 15D220.


 5.3. In 2013 zijn de kosten van de onderhavige behandeling door een omissie aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar ten onrechte volledig aan verzoeker vergoed. Hoewel de ziektekostenverzekeraar het vervelend vindt dat hierdoor bij verzoeker een schijn van gerechtvaardigd vertrouwen kan zijn gewekt, is dit voor hem geen reden ook in 2014 de kosten volledig te vergoeden.


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


 6. De bevoegdheid van de commissie


 6.1. Gelet op artikel 16 van de algemene voorwaarden 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 verzoeker aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van de behandeling in het CAT 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'vergoedingen' van de zorgverzekering.

 8.3. Artikel 2 van de 'vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling in een zelfstandig behandelcentrum bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“behandelcentrum de kosten van:


- verpleging en verzorging;*
- medisch specialistische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

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

 8.4. In artikel 13 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is het geldend maken van zorgaanspraken geregeld. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“13.1 Per vergoeding beschrijven wij de omvang van de vergoeding waarop u recht heeft en/of de eigen betaling die u verschuldigd bent. Wij vergoeden de kosten van zorg van een zorgverlener tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde (maximum-)tarief;*
- wanneer en voor zover geen op basis van de Wmg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. (...”*

 8.5. De artikelen 13 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 2 van de 'vergoedingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' 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. Geneeskundige zorg 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een gedeeltelijke vergoeding van de gedeclareerde kosten, kan de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering achterwege blijven. Hetzelfde geldt voor de indicatie, de doelmatigheid, en of is voldaan aan de formele vereisten. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is enkel de hoogte van de vergoeding.
- 9.2. Verzoeker heeft een restitutieverzekering. Dit betekent dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van zorg die is gedekt onder de zorgverzekering en dat hij niet is gebonden aan door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De argumenten van verzoeker ten aanzien van de schending van de zorgplicht door de ziektekostenverzekeraar, omdat deze geen allergoloog in de buurt van het huisadres van verzoeker heeft gecontracteerd, kunnen daarom niet slagen. Ingevolge artikel 11, lid 1, onder b Zvw, heeft verzoeker - desgevraagd - aanspraak op activiteiten gericht op het verkrijgen van verzekerde zorg of diensten. Door verzoeker is echter geen beroep gedaan op zorgbemiddeling, zodat ook in die zin geen sprake is van schending van de zorgplicht.
- 9.3. Op grond van artikel 13 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering worden de kosten vergoed tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde (maximum-)tarief, of - wanneer en voor zover geen op basis van de Wmg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat - tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van een bedrag van € 693,97. Dit is volgens de ziektekostenverzekeraar het marktconforme tarief voor de behandeling met declaratiecode 15D220 in 2013. Verzoeker is het niet eens met de wijze waarop dit marktconforme tarief wordt vastgesteld. Ten algemene merkt de commissie op dat op 1 januari 2005 door de overheid de zogenoemde DBC-systematiek is ingevoerd. Dit betekent dat in Nederland behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling worden voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandelcombinatie (DBC). Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Aanvankelijk werden de tarieven, behorende bij de DBC's door de overheid vastgesteld, maar deze zijn in de afgelopen jaren steeds meer onderhandelbaar geworden. Dit betekent dat de verzekeraars met de zorgaanbieders onderhandelen over de tarieven die laatstgenoemden voor medisch specialistische zorg in rekening mogen brengen. Voor zover verzoeker bezwaar heeft tegen

de DBC-systematiek als zodanig kan dit niet slagen, aangezien het gaat om regelgeving en de commissie niet bevoegd is de interne waarde van regelgeving te toetsen. De DBC-systematiek vormt in die zin een gegeven. Indien verzoeker met zijn stelling wil betogen dat het verkeerde tarief is vastgesteld door de ziektekostenverzekeraar, heeft hij deze stelling onvoldoende onderbouwd. Slechts die ziekenhuizen die met de verzekeraars tariefafspraken maken over DBC-code 15D220 zullen in staat zijn een tarief te noemen. Het feit dat tariefafspraken worden gemaakt, betekent dat in het betreffende ziekenhuis zorgverleners aanwezig zijn die bekwaam zijn de onder de DBC-code vallende zorg te verlenen. Dat dit niet uitsluitend allergologen zijn, houdt niet in dat om die reden het gemiddelde van deze tariefafspraken niet als het marktconforme tarief voor deze behandeling kan worden beschouwd.

Ten aanzien van de in 2013 verleende vergoeding

- 9.4. Verzoeker stelt dat de kosten in het voorafgaande jaar wel volledig zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft hij onderbouwd door overlegging van de betreffende nota en de beslissing hierop van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat de betreffende nota inderdaad volledig is vergoed, maar heeft hierbij aangetekend dat dit destijds ten onrechte is gebeurd. Voor zover verzoeker met zijn stelling wil betogen dat hij door deze volledige vergoeding gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat ook de thans in geschil zijnde kosten volledig zouden worden vergoed, overweegt de commissie als volgt. Uit het enkele feit dat in 2013 eenmalig volledige vergoeding van de kosten heeft plaatsgevonden, kan verzoeker niet het vertrouwen ontleen dat hem in 2014 wederom volledige vergoeding van deze kosten zou worden verleend. Dat sprake is geweest van een bewuste standpuntbepaling van de ziektekostenverzekeraar in de zin dat weloverwogen en welbewust is overgegaan tot volledige vergoeding is namelijk niet komen vast te staan. Derhalve moet worden aangenomen dat de volledige vergoeding van de kosten in 2013 op onjuiste gronden is geschied. Als een verzekeraar een zodanige fout heeft gemaakt, staat het hem vrij bij een volgende gelegenheid de regelgeving op juiste manier toe te passen.

Conclusie

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

Zeist, 17 december 2014,

Voorzitter