

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Buitenland, huisarts, hoogte vergoeding consult
Zaaknummer : 2011.01250
Zittingsdatum : 9 november 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (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 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de "ereloonnota voor klinisch onderzoek" van dr. G. van Bogaert, huisarts te Antwerpen, België, ten bedrage van € 165,-- (hierna: de aanspraak). Bij brief van 31 januari 2011 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 brief van 14 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat alsnog een bedrag van € 9,11 kan worden vergoed voor een huisartsenconsult.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar hierop verzocht voornoemde beslissing te heroverwegen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 18 mei 2011 medegedeeld zijn laatste beslissing te handhaven.
- 3.4. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 5 juli 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.5. Bij brief van 7 juli 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna:

het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 september 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 september 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 19 september 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 oktober 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011097073) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de diagnostiek en behandelingen, zoals deze plaatsvinden door de Belgische arts, geen zorg zijn zoals huisartsen plegen te bieden.
In het onderhavige geval spitst de discussie zich toe op de vergoeding van het consult. Er bestaat recht op vergoeding van een eerste consult en diagnostische onderzoek, tenzij dit alleen gericht kan zijn op een behandeling die niet behoort tot de verzekerde zorg. Hier is echter geen sprake van een eerste consult, maar van een herhaalconsult, tweemaal per jaar, inclusief behandeling.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 25 oktober 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Zij hebben evenwel geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is bij de Antwerpse arts onder behandeling voor schildklierdisfunctie en testiculaire disfunctie. Voor alle andere medische klachten gaat hij naar zijn huisarts in Nederland. Verzoeker gaat tweemaal per jaar “op incidentele basis” naar de arts in Antwerpen. Een consult aldaar duurt ongeveer 75 minuten. Verzoeker is daarom van oordeel dat op grond van de tariefbeschikking huisartsenzorg TB/CU-7009-01 van 16 december 2010, bijlage 1, onderdeel A4 een bedrag van € 58,56 vergoed dient te worden (code 12401, consult langer dan 20 minuten).
- 4.2. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat het zogenoemde passantentarief niet van toepassing is, omdat verzoeker in Nederland bij een huisarts staat ingeschreven, is niet correct. Er dient namelijk vanuit het perspectief van de huisarts geredeneerd te worden. Verzoeker staat niet ingeschreven bij de onderhavige huisarts en heeft daarom aanspraak op vergoeding van het tarief voor niet-ingeschreven patiënten.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker in Nederland staat ingeschreven bij een huisarts. Aan deze huisarts wordt ieder kwartaal door de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks het verschuldigde inschrijfgeld vergoed. Alleen als een verzekerde niet is ingeschreven bij een huisarts, heeft hij aanspraak op het passantentarium als hij een huisarts bezoekt.
- 5.2. Verzoeker kiest er voor om naar een huisarts in België te gaan. Nu hij reeds in Nederland is ingeschreven bij een huisarts, heeft hij aanspraak op vergoeding van een 'gewoon' consult. Uit de nota van de Belgische huisarts blijkt niet dat het consult langer dan twintig minuten heeft geduurd. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding gebaseerd op een standaardconsult.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering voor een consult bij een Belgische huisarts dan reeds door de ziektekostenverzekeraar is toegekend.

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.0 e.v. van de zorgverzekering. Artikel B.3 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Huisartsenzorg omvat zorg die huisartsen plegen te bieden. Onder deze zorg vallen ook gezondheidsadvisering en onderzoek dat te maken heeft met deze huisartsenzorg, bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek.

(...)

*B.4.2.3. Zorgverlener zonder overeenkomst
Zie artikel A.21."*

- 8.3. In artikel A.21 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor de vergoeding van zorg verschillende tarieven bestaan. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:
a. Afgesproken tarief*

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij onder andere tarieven hebben afgesproken voor die behandeling? Wij vergoeden de behandeling volgens het afgesproken tarief.

b. Volledig tarief (100%)

*Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken dan vergoeden wij het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij het volledige marktconforme tarief.
(...)"*

- 8.4. In artikel B.2 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland.

(...)"

- 8.5. De artikelen B.2 en B.3 van de zorgverzekering en artikel A.21 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. 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, waaronder huisartsenzorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg verleend door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. Daarbij is bepaald dat het dient te gaan om zorg zoals huisartsen plegen te bieden.
- 9.2. De toelichting bij het Besluit zorgverzekering bepaalt ten aanzien van het begrip 'plegen te bieden' het volgende:

"Het verklaart die zorg tot dat deel van het pakket welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters."

en

"(...) niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen."

- 9.3. Het CVZ komt in zijn advies van 24 oktober 2011 tot de conclusie dat de zorg die door de Belgische arts wordt verleend, voor zover het anti-agingtherapie betreft, geen

zorg is zoals huisartsen plegen te bieden. De commissie neemt die conclusie over en maakt deze tot de hare.

- 9.4. Ten aanzien van het gedeclareerde consult – waarop het onderhavige geschil zich toespitst – heeft het CVZ in voornoemd advies geconcludeerd dat dit niet voor vergoeding in aanmerking komt, omdat sprake is van een vervolgsconsult inclusief behandeling.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft reeds een vergoeding van € 9,11 toegekend aan verzoeker voor het onderhavige consult. De commissie zal in deze beslissing niet treden.

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, 9 november 2011,

Voorzitter