



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW
Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Geneeskundige zorg, hoogte vergoeding, hinderpaalcriterium
Zaaknummer : 201501971
Zittingsdatum : 2 maart 2016

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, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Top 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twee behandelingen in het Oogheelkundig Medisch Centrum (hierna: OMC) te Amsterdam (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 2 september 2014 en 26 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld voor deze behandelingen € 90,41 respectievelijk € 92,06 te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld bereid te zijn coulancehalve, eenmalig en onverplicht een vergoeding te verlenen op basis van 90 percent van de gemiddelde tarieven voor de door verzoeker ondergane behandelingen met codes 15A482 en 15B619 zoals die door hem zijn overeengekomen met de gecontracteerde zelfstandige behandelcentra. Dit betekent dat aan verzoeker een bedrag van € 50,63 zal worden nabetaald.
- 3.3. Bij brief van 15 juli 2015 heeft verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen verzocht de onderhavige kwestie in behandeling te nemen. De zaak is in eerste instantie voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze heeft evenwel geoordeeld dat geen ruimte aanwezig is voor bemiddeling. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft daarom het dossier op 30 oktober 2015 overgedragen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Verzoeker heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig - of in ieder geval tot een hoger bedrag dan reeds is toegekend - 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 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 januari 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 januari 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 februari 2016 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft zich tweemaal, op 13 mei 2014 en 21 november 2014, gewend tot het OMC. De nota's hiervan (beide € 266,03) heeft hij ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft voor deze nota's een vergoeding toegekend van € 90,41 respectievelijk € 92,06. Hierbij is vermeld dat een gedeeltelijke vergoeding heeft plaatsgevonden, omdat het gedeclareerde bedrag hoger is dan het marktconforme tarief.
- 4.2. Verzoeker heeft een restitutiepolis. Bij een restitutiepolis heeft de verzekerde geen recht op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg. De polis die verzoeker heeft, is echter een variant hierop, aangezien hij zich in beginsel dient te wenden tot een gecontracteerde zorgaanbieder. Indien hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, worden de kosten slechts gedeeltelijk vergoed.
- 4.3. Artikel 13 Zvw bepaalt dat verzekerden die hebben gekozen voor een zorgverzekering waarbij zij zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders moeten invoeren, de mogelijkheid moeten hebben te kiezen voor het invoeren van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zij hebben dan recht op een door de ziektekostenverzekeraar te bepalen vergoeding voor de kosten van die zorg. Deze vergoeding mag echter niet zo laag zijn dat daardoor voor de verzekerde een hinderpaal wordt opgeworpen om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder van zijn keuze te wenden (HR 11 juni 2014, NJ 2015/83). Uit de jurisprudentie blijkt dat een vergoeding van 75 tot 80 percent van het wettelijke dan wel het marktconforme tarief geen hinderpaal oplevert. OMC heeft geen contract met de ziektekostenverzekeraar en voor de zorg die aan verzoeker is verleend, geldt geen wettelijk tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de behandeling (code 15A482) € 90,41 en (code 15B619) € 92,06 vergoed. Volgens de website van de ziektekostenverzekeraar betreft dit marktconforme vergoedingen. Verzoeker merkt hierbij op dat beide keren dezelfde behandeling heeft plaatsgevonden.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar mag in beginsel het marktconforme tarief als uitgangspunt nemen voor de vaststelling van de vergoeding, en een vergoeding van 100 percent van dit tarief levert geen hinderpaal op. Echter, bij vergoeding op basis van een onrealistisch laag marktconform tarief is wel degelijk sprake van een feitelijke hinderpaal. Om te beoordelen of een marktconform tarief realistisch is, kan dit tarief worden vergeleken met de passantentarieven die ziekenhuizen hanteren voor de betreffende behandeling. Passantentarieven zijn de tarieven die het ziekenhuis in rekening brengt bij personen wiens verzekeraar geen contract heeft met dat ziekenhuis. In Amsterdam worden voor de onderhavige behandeling door de verschillende ziekenhuizen de volgende passantentarieven gehanteerd: VUmc € 144,82, OLVG € 200,08, Sint Lucas Andreas € 209,12, Slotervaartziekenhuis € 279,28. Het gemiddelde tarief in Amsterdam is derhalve € 208,33 en dit kan als marktconform worden beschouwd. Het tarief dat de ziektekostenverzekeraar als marktconform heeft vastgesteld, betekent een feitelijke hinderpaal omdat verzoeker hierdoor een hoog bedrag zelf moet betalen.

Uit de website www.doktersrekening.nl blijkt dat in Nederland voor de onderhavige behandeling in 2015 een gemiddeld passantentarif wordt gehanteerd van € 160,--. Dit gemiddelde tarief resulteert in een minder hoge bijdrage voor verzoeker, maar betekent nog steeds een feitelijke hinderpaal. Gezien het voorgaande concludeert verzoeker dat de tarieven aanmerkelijk hoger liggen dan de ziektekostenverzekeraar gemiddeld heeft gecontracteerd. Het door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief kan dan ook niet als marktconform worden beschouwd.

De ziektekostenverzekeraar handelt derhalve in strijd met artikel 13 Zvw. Bovendien is de ziektekostenverzekeraar niet transparant over de hoogte van het gehanteerde tarief en de totstandkoming hiervan. Een vergoeding moet berusten op objectieve, niet-discriminerende en transparante criteria (HvJ EG 13 mei 2003, C-385/99 NJ 2003, 673 bekend onder Müller- Faure, welk arrest de wetgever ook in de Nederlandse situatie heeft willen toepassen: Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3 p 30/31).

- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 juni 2015 aangeboden uit coulance, eenmalig en onverplicht aan verzoeker 90 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief te vergoeden. Verzoeker is van mening dat de vergoeding marktconform dient te zijn *"om dan geen (feitelijke) hinderpaal te ervaren"*. Verzoeker verzoekt de commissie daarom aan hem een vergoeding toe te kennen ter hoogte van het - realistische - marktconforme tarief voor de behandeling.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft een restitutieverzekering, dat wil zeggen dat hij recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg en dat hij vrij is in de keuze van zijn zorgaanbieder. Dit betekent echter niet dat hij de kosten van zorg, verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, volledig vergoed krijgt. De ziektekostenverzekeraar heeft de hoogte van de door hem gehanteerde marktconforme tarieven in geval van niet-gecontracteerde zorg zelf vastgesteld. De hoogte van het marktconforme tarief is gerelateerd aan het tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar de betreffende behandeling contracteert bij vergelijkbare zorgaanbieders in Nederland. De reden hiervoor is dat de ziektekostenverzekeraar aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders geen hogere vergoeding wil bieden dan die welke hij met de gecontracteerde zorgaanbieders is overeengekomen.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar is transparant over de gehanteerde marktconforme tarieven. Op de website staat een overzicht van alle behandelingen, met de bijbehorende marktconforme vergoedingen.

- 5.3. De stelling van verzoeker dat het gemiddelde passantentarif kan worden beschouwd als marktconform tarief is onjuist. Het passantentarif is niet gebaseerd op een tarief dat is vastgesteld na onderhandeling tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder. Bij vrije tarieven, zoals deze ook gelden voor de onderhavige behandelingen, kan een zorgaanbieder daarom veel hogere bedragen berekenen dan de gecontracteerde tarieven.

- 5.4. Het OMC is een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), en heeft bewust ervoor gekozen geen overeenkomst aan te gaan met de zorgverzekeraars. De tarieven van het OMC voor de door verzoeker ondergane behandelingen liggen dan ook aanmerkelijk hoger dan de gemiddelde tarieven waarvoor de ziektekostenverzekeraar heeft gecontracteerd met ZBC's. De tarieven van OMC liggen zelfs aanzienlijk hoger dan het door verzoeker aangevoerde gemiddelde passantentarif (in Amsterdam) van € 208,33 en het in Nederland gemiddelde passantentarif van € 160,--. Het gemiddelde door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief bij ZBC's voor de prestatiecode 15A482 bedroeg in 2014 € 125,-- en voor prestatiecode 15B619 € 134,--. De ziektekostenverzekeraar is bereid verzoeker coulancehalve, eenmalig en onverplicht een vergoeding te geven van 90 percent van de gemiddelde tarieven die hij voor de door verzoeker ondergane behandelingen met codes 15A482 en 15B619 heeft afgesproken met de door hem gecontracteerde ZBC's. De coulancehalve vastgestelde vergoedingen bedragen derhalve € 112,50

respectievelijk € 120,60. Dit betekent dat aan verzoeker € 50,63 (€ 22,09 (€112,50 - € 90,41) + € 28,54 (€ 120,60 - € 92,06)) wordt nabetaald.

- 5.5. De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 11 juni 2014 (NJ 2015/83) een uitleg van het hinderpaalcriterium, in de zin van artikel 13 Zvw gegeven. De overwegingen van de Hoge Raad zijn herhaald in een vonnis van 21 oktober 2015 van de rechtbank Midden-Nederland (ECLI:NL:RBMNE:2015:7578).
De rechtbank heeft overwogen dat het bestaan van een feitelijke hinderpaal - waar verzoeker in zijn brief van 15 juli 2015 een beroep op doet - niet in zijn algemeenheid kan worden vastgesteld. Dit hangt in ieder geval ook af van de hoogte van de kosten van de zorg. Een vergoeding van 85 percent kan een feitelijke hinderpaal opleveren bij een complexe en dure operatie, terwijl een vergoeding van bijvoorbeeld 30 percent geen feitelijke hinderpaal hoeft op te leveren bij een kleine, goedkope ingreep. De rechtbank Midden-Nederland oordeelde onder andere dat de breed gedragen praktijknorm voor een bepaalde vorm van zorg de maatstaf moet zijn. Naar die maatstaf wordt ook in de wetsgeschiedenis verwezen. Een onderdeel van die maatstaf is de toets of de patiënten van de betreffende vorm van zorg in het algemeen voldoende draagkracht hebben om geen hinderpaal te ondervinden. De korting op de vergoeding mag alleen niet zo hoog zijn dat deze naar de maatstaf van de breed gedragen praktijknorm voor de betreffende patiëntengroep een feitelijke hinderpaal oplevert.
Door verzoeker worden de passantentarieven als maatstaf gehanteerd voor de beoordeling of een marktconform tarief realistisch is. Van deze maatstaf is echter niet komen vast te staan dat deze een breed gedragen praktijknorm is. Zulks betekent dat niet is gebleken dat de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde marktconforme vergoeding, zijnde 75-80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, voor de zorg die wordt verleend door OMC een feitelijke hinderpaal oplevert.

- 5.6. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat het OMC zowel op haar facturen als op haar website melding maakt van een coulanceregeling, waarbij 20 percent van het niet-vergoede deel van de nota retour wordt gestort. Het OMC ondermijnt door het bieden van een coulanceregeling het systeem van doelmatige zorg, en doorkruist hiermee de regierol van de ziektekostenverzekeraar in het kader van kostenbeheersing. Op voorhand wordt namelijk een toezegging aan de patiënt gedaan met betrekking tot het toekennen van een coulancevergoeding bij niet-volledige vergoeding door de verzekeraar.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 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 verzoeker aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan de reeds toegezegde bedragen van € 112,50 respectievelijk € 120,60, 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 16 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

lid 2.1.2 Medisch-specialistische zorg zonder opname (niet-klinische zorg)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door een instelling voor medisch-specialistische zorg. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(...)"

8.4. Artikel 15 van de zorgverzekering regelt het recht op zorg en vergoeding, en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Algemeen

U hebt recht op vergoeding van kosten van zorg zoals wij in deze polisvoorwaarden hebben beschreven, daarbij bent u volledig vrij in de keuze van zorgverlener. U kunt hierbij gebruik maken van:

- a. zorg verleend door een door ons gecontracteerde zorgverlener (gecontracteerde zorg) (zie lid 2); of*
- b. zorg verleend door een zorgverlener die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg) (zie lid 3).*

(...)

lid 3 Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief

Wanneer u naar een zorgverlener binnen Nederland gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van curatieve GGZ en zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hiervoor geldt dat wij uw behandeling vergoeden tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Voor al onze marktconforme vergoedingen zie www.dsw.nl.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een zorgverlener gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Voor al onze marktconforme vergoedingen zie www.dsw.nl.

lid 4 Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg

Alleen originele nota's die voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag worden door ons in behandeling genomen. De nota dient zodanig te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding wij zijn gehouden.

Als u de nota zelf heeft ontvangen van de zorgverlener, bent u verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgverlener.

(...)"

- 8.5. De artikelen 15 en 17 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Artikel 2.2 lid 2 sub b Bzv regelt dat bij het bepalen van de vergoeding de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten in mindering worden gebracht.
- 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. Tussen partijen is niet in geschil dat op grond van artikel 17 van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de onderhavige zorg. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Verzoeker heeft zorg afgenomen bij het OMC. Vaststaat dat deze zorgaanbieder niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Voorts staat vast dat voor deze zorg geen wettelijk tarief is vastgesteld. Op grond van artikel 15 van de zorgverzekering heeft verzoeker voor de onderhavige zorg aanspraak op vergoeding van maximaal 100 percent van de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde marktconforme vergoeding. Hierbij wordt verwezen naar de website van de ziektekostenverzekeraar. De commissie is gebleken dat op deze website de lijst 'DSW Marktconforme vergoedingen voor ZBC's 2014' is gepubliceerd waarin de vastgestelde marktconforme vergoedingen zijn vermeld per declaratiecode. De commissie overweegt dat met het publiceren van deze lijst op de website de hoogte van de vergoedingen voldoende transparant is. Dat hieruit niet blijkt hoe het tarief tot stand is gekomen, maakt het voorgaande niet anders.
- 9.3. Verzoeker heeft, zoals overwogen onder 9.2, aanspraak op het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde marktconforme tarief. Het OMC heeft op 14 augustus 2014 een bedrag van € 266,03 gefactureerd voor een behandeling met declaratiecode 15A482, en op 21 november 2014 eveneens een bedrag van € 266,03 voor een behandeling met declaratiecode 15B619. Uit de gepubliceerde lijst met tarieven blijkt dat voor de behandeling met code 15A482 € 90,41 wordt vergoed en voor de behandeling met code 15B619 € 92,06. Dit zijn de vergoedingen die in eerste instantie aan verzoeker zijn toegekend. Hiermee heeft verzoeker de vergoedingen gekregen waarop hij op grond van de polisvoorwaarden aanspraak heeft.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft na heroverweging evenwel besloten aan verzoeker een hogere vergoeding toe te kennen dan die waarop verzoeker aanspraak heeft op grond van

de zorgverzekering, te weten 90 percent van de gemiddeld door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarieven. De commissie zal in deze beslissing niet treden.

- 9.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde vergoedingen niet realistisch zijn, waardoor een feitelijke hinderpaal wordt opgeworpen om de verzekerde zorg of andere dienst te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Volgens verzoeker zou daarom het gemiddelde van de passantentarieven van vier Amsterdamse ziekenhuizen als marktconform tarief moet worden aangemerkt. De commissie merkt hierover op dat het passantentarief door het ziekenhuis zelf wordt vastgesteld en dus niet tot stand komt door onderhandeling tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar. Deze tarieven liggen daarom doorgaans hoger dan de gecontracteerde tarieven. De commissie is van oordeel dat voor het vaststellen van het marktconforme tarief niet kan worden uitgegaan van de eenzijdige vastgestelde passantentarieven. Verder overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar, bij het bepalen van de hoogte van de premie, onder andere als uitgangspunt neemt de tarieven waarvoor hij de verzekerde zorg of overige diensten kan inkopen. Dat hij deze tarieven vervolgens ook hanteert als maxima in het kader van het bepalen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, is in die zin te billijken dat hij geen enkele invloed heeft op de vrije tarieven, zoals deze door de niet-gecontracteerde zorgaanbieders geheel zelfstandig worden bepaald. Aansluiting zoeken bij deze laatste tarieven zou de bijl aan de wortel van het contracteerbeleid zijn en de ziektekostenverzekeraar confronteren met extra kosten waarmee hij bij zijn premiecalculatie geen rekening heeft gehouden. Daarbij valt niet in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar verplicht kan worden voor de onderhavige zorg meer dan het dubbele te betalen van de door hem met de gecontracteerde zorgaanbieders uitonderhandelde tarieven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

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, 2 maart 2016,

A.I.M. van Mierlo