

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, hoogte vergoeding
Zaaknummer : ANO07.361
Zittingsdatum : 12 december 2007

Zaak: ANO07.361, geneeskundige zorg, buitenland, hoogte vergoeding

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 10 april 2007 inzake het niet vergoeden van een rekening van € 1.000,00 voor advies en dossierstudie, behorende bij een behandeling waarvan door de zorgverzekeraar de vergoeding is toegezegd.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Actief Collectief polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 10 april 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de door haar ingediende rekening van € 1.000,00 voor advies en dossierstudie, ondanks de toezegging voor de vergoeding van de bijbehorende behandeling, niet wordt vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 31 juli en 23 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 28 augustus 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige rekening te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door 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 22 oktober 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 oktober 2007 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Bij brief van 25 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw.
- 3.8. Bij brief van 25 oktober 2007 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 22 november 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 23 november 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 12 december 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 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 de commissie van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen 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 een 61-jarige vrouw. Bij brief van 26 maart 2007 heeft zij om vergoeding verzocht van een behandeling, bestaande uit het plaatsen van een heupprothese door dr. A. Kloeck in Gent (België) en aansluitend twee dagen revalidatie in de ANCA-kliniek, eveneens in Gent. Daarvoor heeft zij op 10 april 2007 van haar zorgverzekeraar toestemming gekregen. Op 16 mei 2007 is zij geopereerd en heeft zij een nieuwe heupprothese gekregen. Vervolgens heeft verzoekster een rekening van 21 mei 2007 ingediend van het ANCA Medisch Centrum voor "Advies, dossierstudie ANCA Medisch Centrum betreffende rechter totale heupprothese 16/05/2007 dr. Kloeck A.", ten bedrage van € 1.000,00. Deze rekening wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar.
- 4.2. Verzoekster vindt de afwijzing van de zorgverzekeraar onbegrijpelijk. De nota is afgewezen omdat bemiddelingskosten niet worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Volgens verzoekster heeft deze rekening geen betrekking op bemiddelingskosten en begrijpt zij al helemaal niet waar de zorgverzekeraar zich op baseert. Voorts begrijpt zij niet waarom de zorgverzekeraar deze advies- en dossierstudiekosten als extra declaratie, bovenop het wettelijke honorarium, beschouwt.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat met de afgifte van een E-112 formulier voor de behandeling in België een begeleidend schrijven is meegezonden waarin verzoekster is medegedeeld dat voorschotten, telefoonkosten, extra honorarium voor de behandelend specialist, boven op het wettelijk vastgestelde tarief en supplementen voor een één- of tweepersoonskamer niet voor vergoeding in aanmerking komen. De ingediende nota van € 1.000,00 voor dossierkosten ziet op extra honorarium voor de behandelend specialist boven op het door België wettelijk vastgestelde tarief, hetgeen in België gebruikelijk is.

- 5.2. Met een E-112 formulier worden alle kosten binnen de EU, conform het nationale zekerheidsstelsel van het desbetreffende land, vergoed.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de onderhavige nota niet voor vergoeding in aanmerking komt.

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 omschreven 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 voor medisch-specialistische zorg met ziekenhuisverpleging staat vermeld in de afdeling 'aanspraken'. In artikel 1 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"U heeft bij (...) ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen aanspraak op onderstaande zorg.(...)

- verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;

- medisch specialistische (...) zorg;

- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief. Dit geldt voor de volgende behandelingen:

(...)

- Heupoperatie (i.v.m. artrose)

Voorwaarde

U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken. "

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van aanspraak op zorg wordt vervolgens in artikel 2.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald:

"De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

Met betrekking tot de Diagnose Behandeling Combinatie is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld in artikel 1 van de voorwaarden van de zorgverzekering:

"Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting vastgestelde, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgaanvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling (...)."

Voor de vergoeding van behandelingen in het buitenland geldt artikel 18 waarin, voor zover hier relevant, het volgende is vermeld:

*"De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
(...)
vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van deze basisverzekering tot maximaal:
- indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent. (...)."*

In artikel 12 wordt met betrekking tot het geldend maken van zorgaanspraken, voor zover hier van belang, het volgende geregeld:

*"(...)
Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Per aanspraak c.q. vergoeding beschrijven wij, indien van toepassing, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent."*

- 7.3. De regeling van de artikelen 1, 2.4, en 18 van de 'Voorwaarden' en artikel 1 van de 'Aanspraken' is volgens de algemene bepalingen, artikel 2.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. 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. Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
- Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.1, tweede lid van het Bzv is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan

wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie concludeert op basis van de in het dossier aanwezige stukken dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in dit geval onbeantwoord kan blijven. Met het afgeven van een E-112 formulier door de zorgverzekeraar op 10 april 2007 voor de geneeskundige zorg in België is de beoordeling van de gebruikelijkheid, indicatie en doelmatigheid van de onderhavige zorg in dit specifieke geval immers niet meer van toepassing.
- 7.7. Rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. Vast staat dat door de zorgverzekeraar bij de toestemming van 10 april 2007 een E-112 formulier is afgegeven. Dit houdt in dat de vergoeding tussen de zorgverzekeraar en de zorginstelling in België wordt geregeld overeenkomstig het sociale zekerheidsstelsel van het land van de zorginstelling, in casu het Belgische sociale zekerheidsstelsel. De rekening van 21 mei 2007 valt daar niet onder. Verzoekster mag worden verondersteld dit te weten, mede gezien het begeleidend schrijven dat met het E-112 formulier op 10 april 2007 is meegezonden, waarin verzoekster is medegedeeld dat voorschotten, telefoonkosten, extra honorarium voor de behandelend specialist boven op het wettelijk vastgestelde tarief en supplementen voor een één- of tweepersoonskamer niet voor vergoeding in aanmerking komen. Nu de onderhavige nota ziet op extra honorarium voor de behandelend specialist boven op het wettelijk vastgestelde tarief, komt de commissie tot de conclusie dat de onderhavige nota voor advies en dossierstudie niet voor vergoeding in aanmerking.
- 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, 21 december 2007,

Voorzitter