

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, vergoeding persoonlijke tussenkomsten
en supplement kosten
Zaaknummer : ANO08.024
Zittingsdatum : 23 januari 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO08.024, geneeskundige zorg, buitenland, vergoeding persoonlijke tussenkomsten en supplement kosten

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 16 april 2007 inzake het niet vergoeden van de nota van € 1.503,24 voor aangerekende persoonlijke tussenkomsten en aangerekende persoonlijke supplementen, welke hem voor een rugoperatie in het OLV Ziekenhuis in Aalst (België) in rekening zijn gebracht.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgActief Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 16 april 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de nota van € 1.503,24 voor aangerekende persoonlijke tussenkomsten en aangerekende persoonlijke supplementen niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 22 mei 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige nota te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 28 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 oktober 2007 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Bij brief van 4 december 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Bij brief van 4 december 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door beide partijen gebruik gemaakt.
- 3.9. Het CVZ heeft op 19 december 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Het college adviseert tot afwijzing van de vergoeding van supplementen op de honoraria, aangezien verzoeker (slechts) aanspraak heeft op verpleging en verzorging op basis derde klasse. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 23 januari 2008 in persoon gehoord, terwijl de zorgverzekeraar telefonisch is gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. Verzoeker heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 24 januari 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoeker
- 4.1. Verzoeker, een 65-jarige man, is in november 2006 in het OLV Ziekenhuis in Aalst (België) geopereerd aan de rug. Daartoe is door de zorgverzekeraar een E112-formulier afgegeven, waarmee het ziekenhuis de kosten van de behandeling die ten laste van de zorgverzekering komen, rechtstreeks heeft kunnen declareren.
- 4.2. Verzoeker heeft op 26 januari 2007 een factuur van € 1.503,24 (€ 127,47 voor aangerekende persoonlijke tussenkomsten en € 1375,77 voor aangerekende persoonlijke supplementen en dergelijke) van het ziekenhuis ontvangen. Deze nota heeft hij doorgezonden aan de zorgverzekeraar met het verzoek tot betaling over te gaan. Op 28 maart 2007 heeft verzoeker een herinneringsnota van het OLV Ziekenhuis ontvangen. De zorgverzekeraar had de rekening namelijk niet vergoed.
- 4.3. Verzoeker kan zich niet vinden in de afwijzing. Hij stelt dat de factuur in kwestie geen betrekking heeft op de meerkosten van verpleging in een éénpersoonskamer, doch op een ereloonsupplement, zoals in België gebruikelijk. Voorts heeft hij niet zelf gevraagd om een één- of tweepersoonskamer, maar is hem deze aangeboden en verkeerde hij in de veronderstelling dat het supplement daarvoor door de zorgverzekering gedekt wordt.
- 4.4. Tot slot stelt verzoeker dat de totale rekening van de door hem in Aalst ondergane behandeling nog altijd lager is dan de vergoeding die voor dezelfde behandeling in Nederland zou zijn uitgekeerd. Verzoeker is niet gewezen op de mogelijke beperkin-

gen in de hoogte van de vergoeding.

- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat de gehele nota door de zorgverzekeraar dient te worden vergoed.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van oordeel het bedrag van € 127,47 ten behoeve van aangerekende persoonlijke tussenkomsten en het bedrag van € 9,91 voor 'niet vergoedbare producten', alsnog voor vergoeding in aanmerking komen. Het resterende bedrag van € 1.365,86, dat ziet op de meerkosten (supplementen) aan honoraria vanwege één-persoonskamer, blijft op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering voor rekening van de verzoeker.

- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de resterende € 1.365,86 niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed.

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.

De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

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 'Aanspraken' 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 de vergoeding van behandelingen in het buitenland geldt artikel 26 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering waarin, voor zover hier relevant, het volgende is vermeld:

"De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op hulp van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de hulp inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis is aangegeven."

Het geldend maken van zorgaanspraken is geregeld in artikel 12 lid 2 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering. Hierin wordt voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"2. Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij zodoende 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. (...)"

- 7.3. De regeling van de artikelen 1, 2.4, 12 en 26 van de 'Voorwaarden' en artikel 1 van de 'Aanspraken' is volgens de algemene bepalingen, artikel 2.1 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 2.2, lid 2 is vervolgens bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten..
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In geschil is thans alleen nog de vraag of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de supplementen op de honoraria van de medisch specialisten, welke supplementen het ziekenhuis te Aalst (België) hem persoonlijk extra in rekening zijn gebracht. Vast staat de onderhavige meerkosten in het door het ziekenhuis gehanteerde declaratiestelsel rechtstreeks verband houden met verzoekers eigen keuze voor de hem aangeboden eenpersoonskamer, waarvan hij de meerkosten zelf voor eigen rekening heeft genomen. Gesteld noch gebleken is echter dat verzoeker, die volgens de polisvoorwaarden aanspraak heeft op vergoeding op basis van derde klasse, op het gebruik van een een- of tweepersoonskamer redelijkerwijs was aangewezen. De commissie is daarom van oordeel dat verzoeker niet op basis van de polisvoorwaarden in aanmerking komt voor vergoeding van het bedrag van € 1.365,86.

7.7. Het bovenoverwogene laat overigens onverlet dat de vraag kan worden gesteld of de voorwaarden waren vervuld voor het aan verzoeker in rekening kunnen brengen van de onderhavige supplementen. Verzoeker heeft gesteld dat hem niet is gewezen op de consequenties van zijn keuze voor wat betreft supplementen tot 50% op de honoraria. Dit punt ligt echter in de contractuele verhouding tussen verzoeker en het betrokken, niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde ziekenhuis, waarover de commissie in een geschil over de zorgverzekering verder geen oordeel toekomt.

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, 6 februari 2008

Voorzitter