



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, anterieure lamellaire keratoplastiek, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201303292
Zittingsdatum : 18 juni 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

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

1. Partijen

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

- 1) C te E, en
- 2) D te E

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 [label ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (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 Plus [label ziektekostenverzekeraar] 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). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tandarts [label ziektekostenverzekeraar] is niet in geschil en blijft 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 een anterieure lamellaire keratoplastiek (hierna: ALK), uitgevoerd in de Hoornvlieskliniek te Rotterdam, ten bedrage van € 4.873,31 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor deze behandeling 75% van het marktconforme tarief wordt vergoed, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 2.315,31.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 26 september 2013 en 13 december 2013 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 brief van 24 februari 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 11 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 april 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 april 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014051949) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat de hoogte van een toegekende vergoeding niet behoort tot zijn adviesbevoegdheid. Of verzoeker een indicatie had voor de ondergane operatie is niet aan de orde. Opgemerkt wordt dat door de zorgaanbieder een DBC in het B-segment in rekening is gebracht. Dit zijn vrij onderhandelbare tarieven. Couulancehalve heeft de medisch adviseur van het Zorginstituut onderzoek gedaan naar de prijzen van soortgelijke behandelingen. Dit wijst uit dat het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde tarief voorstelbaar is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 27 mei 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 juni 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 20 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota van verzoeker gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 25 juni 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de pleitnota geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is gediagnosticeerd met keratoconus. In december 2012 heeft de behandelend oogarts hem verwezen naar de Hoornvlieskliniek te Rotterdam. Op 6 maart 2013 heeft verzoeker aldaar een chirurg geconsulteerd. Deze constateerde dat het hoornvlies van het rechteroog dermate dun was dat zonder ingrijpen perforatie dreigde, waardoor verzoeker blind zou worden aan het betreffende oog. De arts raadde hem daarom een ALK aan. Bij een dergelijke ingreep bestaat een kleinere kans op complicaties dan bij een volledige hoornvliestransplantatie. Verzoeker heeft ingestemd met deze ingreep, die op 10 december 2013 is uitgevoerd.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van 75% van het marktconforme tarief, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 2.315,31. De kosten van de ingreep zijn echter € 4.873,31, zodat een bedrag van € 2.558,-- voor rekening van verzoeker blijft. Dit komt feitelijk neer op een vergoeding van 48% van de werkelijke kosten. Verzoeker stelt dit onacceptabel te vinden op de hiernavolgende gronden.
- 4.3. Er is geen sprake van een bewuste keuze voor een niet-gecontracteerde zorgverlener, maar van een medisch noodzakelijke ingreep bij een zorgverlener waarnaar de behandelend oogarts heeft verwezen. Verzoeker is afgegaan op het oordeel van deze arts. Indien de ziektekostenverzekeraar diens oordeel niet onderschrijft, dient dit medisch gemotiveerd te zijn en dient bovendien een alternatief te worden aangedragen. De ziektekostenverzekeraar is met geen van beide gekomen. Verzoeker verklaart dat zijn behandelend arts hem speciaal naar de Hoornvlieskliniek heeft verwezen in verband met de aldaar aanwezige expertise en ervaring. Hij diende een specifieke ingreep te ondergaan, die elders in Nederland niet gangbaar is. Pas in de laatste fase van de interne klachtprocedure is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat bij een medische noodzaak volledige kostenvergoeding mogelijk is. Hierop is door verzoeker een beroep gedaan en de behandelend oogarts heeft een verklaring afgegeven, inhoudende dat hij niet in een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd academisch

ziekenhuis kon worden geholpen. De ziektekostenverzekeraar deelde verzoeker naar aanleiding van deze verklaring mede dat het standpunt niet werd gewijzigd, omdat bleef gelden dat verzoeker zich "om persoonlijke redenen" tot de Hoornvlieskliniek had gewend. Verzoeker stelt dit onbegrijpelijk te vinden. Hij had namelijk geen persoonlijke redenen, maar uitsluitend medische redenen om zich tot deze zorgverlener te wenden. Kennelijk vindt de ziektekostenverzekeraar de gecontracteerde ziekenhuizen goed genoeg voor onderhavige ingreep. Overigens is de vraag of verzoeker tijdig bij een gecontracteerde zorgaanbieder kon worden geholpen niet aan de orde. Het gaat er in de eerste plaats om of die gecontracteerde zorgaanbieder de specifieke ingreep die is uitgevoerd, ook kon verrichten, en dat is volgens de behandelend oogarts niet het geval.

- 4.4. Verzoeker stelt dat de vergoeding van 75% van het marktconforme tarief in zijn situatie een feitelijke hinderpaal vormt, aangezien hierdoor in concreto minder dan 50% van de werkelijke kosten wordt vergoed. Onder verwijzing naar het arrest van het Gerechtshof 's-Hertogenbosch van 9 juli 2013 voert verzoeker aan dat dient te worden uitgegaan van de vergoeding van de werkelijke kosten en dat een hoog kortingspercentage een hinderpaal vormt. In eerste instantie heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van ten minste 75% van de werkelijke kosten. In tweede instantie wordt door hem volledige vergoeding van de werkelijke kosten van de ingreep, en van eventuele vervolghandelingen, gevorderd.
- 4.5. Verzoeker vraagt zich af waarom de ziektekostenverzekeraar zich niet proactief heeft opgesteld door hem te informeren over de alternatieven voor de behandeling door de Hoornvlieskliniek. Pas na diverse verzoeken deelde de ziektekostenverzekeraar hem mede dat vier gecontracteerde ziekenhuizen in de omgeving van de woonplaats van verzoeker een hoornvliestransplantatie uitvoeren. Hierbij werd niet aangegeven wat de kwaliteit van deze zorgaanbieders was. Via de website van de ziektekostenverzekeraar is een overzicht raadpleegbaar waarin dit wél staat vermeld. Bij de Hoornvlieskliniek staat dat de medische kwaliteit "niet bekend" is. Verzoekster stelt dit onbegrijpelijk te vinden. Óf de ziektekostenverzekeraar weet wat de Hoornvlieskliniek aanbiedt en kan duidelijk maken dat een verzekerde elders terecht kan, óf de ziektekostenverzekeraar weet dit niet en kan dan ook niet verwijzen naar een andere zorgaanbieder. In laatstgenoemd geval kan de ziektekostenverzekeraar volledige vergoeding van de werkelijke kosten niet afwijzen.
- 4.6. Verzoeker concludeert dat de ziektekostenverzekeraar het hinderpaalcriterium schendt door feitelijk minder dan 50% te vergoeden voor een medisch geïndiceerde behandeling bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarnaast handelt de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig door enerzijds niet in te gaan op de medische afwegingen die hebben geleid tot de keuze voor de betreffende zorgverlener, en anderzijds door verzoeker niet te adviseren over een kwalitatief vergelijkbaar alternatief.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker "zijn stelling moet bewijzen met onderliggende medische informatie" veelzeggend is. Dit is een merkwaardige eis aan een verzekerde. Immers, een verzekerde is in de regel onvoldoende deskundig en kan om die reden geen medische argumentatie op papier zetten. Overigens heeft verzoeker naar vermogen voor een onderbouwing gezorgd. Verzoeker stelt dat hij juist van de ziektekostenverzekeraar mag verlangen dat een afwijzing wordt onderbouwd met medische informatie. Tot dusver is de ziektekostenverzekeraar hier niet toe overgegaan. Het is verzoeker derhalve onduidelijk waarom de doorverwijzing van de oogarts ondeugdelijk is en waarom de gecontracteerde zorgaanbieders wél over de expertise zouden beschikken om de noodzakelijke, specifieke ingreep te verrichten. De ziektekostenverzekeraar neemt diverse stellingen in, maar onderbouwt deze niet. Verzoeker verwijst naar artikel 14 Zvw. De ziektekostenverzekeraar heeft deze wettelijke plicht verzuimd. De afwijzing is derhalve niet op medische gronden gebaseerd, maar kan dit ook niet zijn, aangezien de ziektekostenverzekeraar de daarvoor benodigde informatie niet heeft. Voorts benadrukt verzoeker dat geen normale hoornvliestransplantatie is uitgevoerd. Niet alle door de ziektekostenverzekeraar genoemde zorgverleners kunnen hetzelfde bieden als de zorgverlener waar onderhavige ingreep is uitgevoerd. Verzoeker is afgegaan op het oordeel van een specialist bij de keuze voor de zorgverlener. De ziektekostenverzekeraar wenste hem echter naar een andere zorgverlener te dirigeren. Tot slot voert verzoeker aan dat de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk maakt waarom 75% in plaats van 100% van het marktconforme tarief is vergoed.
- 4.8. 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 ALK ondergaan in de Hoornvlieskliniek te Rotterdam. Hiervoor is hem een vergoeding verleend van 75% van het Nederlandse marktconforme tarief. Dit tarief bedraagt € 3.087,08, zodat € 2.315,31 is vergoed. Verzoeker is het hiermee niet eens.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft alle ziekenhuizen in Nederland gecontracteerd. Ook enkele zelfstandige behandelcentra in Nederland en enkele ziekenhuizen in België en Duitsland zijn gecontracteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft geen contract gesloten met de Hoornvlieskliniek. Kosten van zorg die wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en die tijdig kon worden geleverd bij een gecontracteerde zorgaanbieder, worden vergoed tot maximaal 75% van het wettelijk tarief of het marktconforme tarief. Bij het ontbreken van een wettelijk tarief (van de Nederlandse Zorgautoriteit) wordt conform de verzekeringsvoorwaarden het marktconforme tarief gehanteerd. Dit tarief is het gemiddelde van de tarieven die de ziektekostenverzekeraar voor de betreffende zorg betaalt aan gecontracteerde zorgaanbieders.
De Hoornvlieskliniek heeft zorgproductcode 079899002 (*Hoornvliestransplantatie bij een aandoening van bindvlies / oogwit / hoornvlies / iris / straalvormig lichaam / oogbol*) gedeclareerd. Hiervoor bestaat geen wettelijk tarief. Het marktconforme tarief bedraagt € 3.087,08. De vergoeding waar verzoeker recht op heeft is 75% van dit tarief, te weten € 2.315,31.
Het is voorstelbaar dat verzoeker heeft gekozen voor de zorgaanbieder waarnaar hij was verwezen, maar hij had redelijkerwijs tijdig terecht gekund in een gecontracteerd ziekenhuis. Tevens is het begrijpelijk dat verzoeker een hogere vergoeding wenst. Echter, binnen het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel geldt dat een verzekerde met een restitutiepolis maximaal het Nederlandse tarief krijgt. Verzoeker heeft een naturapolis en daardoor recht op vergoeding van maximaal 75% van het Nederlandse tarief.
- 5.3. Met betrekking tot het arrest van het Gerechtshof 's-Hertogenbosch merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. Deze uitspraak betreft slechts de hoogte van de toegepaste korting indien een verzekerde met een naturapolis zorg betreft bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar is op grond van de geldende wet- en regelgeving gerechtigd een dergelijke korting toe te passen. Een vergoeding van 75% van het wettelijke dan wel marktconforme tarief is alom geaccepteerd. De basis voor vergoeding van het marktconforme tarief is gelegen in artikel 2.2 lid 2 sub b Besluit zorgverzekering. Verzekeraars hebben hieraan uitvoering gegeven door het marktconforme tarief te bepalen aan de hand van de door hem gecontracteerde tarieven. Deze praktijk wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit, de rechterlijke macht en de commissie in overeenstemming geacht met de wet- en regelgeving.
De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht van de marktconforme tarieven voor oogbehandelingen overgelegd. Hoewel de individuele contractprijzen niet openbaar worden gemaakt, stelt de ziektekostenverzekeraar dat de prijzen van het betreffende zorgproduct zijn gebaseerd op de contracten met een groot aantal zorgaanbieders. Voor de volledigheid zijn de contractafspraken van 2013 geraadpleegd. Hieruit blijkt dat aan slechts één op de twintig zorgaanbieders door de ziektekostenverzekeraar de hoogste tarieven worden betaald. Deze hoge tarieven liggen tussen de € 4.000,-- en € 5.000,--. Gelet op het gemiddelde tarief van € 3.087,08, wordt derhalve aan veruit de meeste zorgaanbieders een tarief betaald dat aanzienlijk lager ligt.
- 5.4. Verzoeker wist op het moment van ontvangst van de akkoordverklaring dat voor de Hoornvlieskliniek een maximaal tarief gold. Het is voorstelbaar dat verzoeker het prettig had gevonden dat hij bij de aanvraag van de behandeling actief was geïnformeerd over de alternatieven bij gecontracteerde zorgaanbieders. Indien een aanvraag binnenkomt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, gaat de ziektekostenverzekeraar er van uit dat een verzekerde om persoonlijke redenen voor die zorgaanbieder heeft gekozen. Daarbij geldt dat een feit van algemene bekendheid is dat een verzekerde met een naturapolis in beginsel dient te kiezen voor gecontracteerde zorg. Dat een korting wordt toegepast bij de vergoeding vloeit voort uit de aard van de polis en is expliciet opgenomen in de voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat vergoeding van de feitelijke kosten van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder slechts aan de orde is in uitzonderlijke situaties, te weten, voor zover hier relevant, indien de zorg niet is gecontracteerd of er geen tarief is vast te stellen.
Bij brief van 8 oktober 2013 is aan verzoeker medegedeeld dat diverse gecontracteerde ziekenhuizen in de omgeving van zijn woonplaats een hoornvliestransplantatie uitvoeren. Hij had de onderhavige ingreep aldaar kunnen laten uitvoeren en dan zouden de kosten volledig zijn vergoed.

Verzoeker stelt echter dat hij redelijkerwijs niet tijdig kon worden geholpen bij een andere zorgaanbieder dan de Hoornvlieskliniek en heeft hiertoe een verklaring van zijn behandelend arts overgelegd. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat de arts weliswaar onderbouwt waarom verzoeker naar de Hoornvlieskliniek is verwezen, maar niet uitlegt waarom verzoeker redelijkerwijs niet tijdig en goed kon worden geholpen bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Zodoende is geen sprake van een medische noodzaak voor de behandeling bij de Hoornvlieskliniek.

- 5.5. Verzoeker geeft aan dat een andere, specifiekere ingreep is uitgevoerd dan de ingreep die is aangevraagd. Hierdoor zou hij alleen bij de Hoornvlieskliniek geholpen kunnen worden. De ziektekostenverzekeraar merkt hiertoe op dat een beoordeling kan worden uitgevoerd op basis van ontvangen schriftelijke informatie. Indien verzoeker van oordeel is dat een andere/specifieke ingreep heeft plaatsgevonden dan die is aangevraagd, moet hij ervoor zorgen dat de ziektekostenverzekeraar deze medische informatie ontvangt, zodat de medisch adviseur deze informatie kan beoordelen. Het is niet voldoende dat verzoeker zelf benoemt dat een specifieke ingreep heeft plaatsgevonden. Hij dient zijn stelling te bewijzen met onderliggende medische informatie. Op basis van de beschikbare informatie heeft de ziektekostenverzekeraar een juiste beslissing genomen.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat medische informatie is opgevraagd om te achterhalen waarom onderhavige ingreep niet bij een gecontracteerde zorgaanbieder kon worden uitgevoerd, en wat de ingreep precies zou inhouden. Deze informatie kon door de arts worden aangeleverd, maar dat is niet gebeurd. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het niet medisch noodzakelijk was dat verzoeker zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft gewend. Zodoende is terecht 75% van het marktconforme tarief vergoed. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat een ALK en een hoornvliestransplantatie hetzelfde zijn.
- 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 artikel A.22 van de zorgverzekering en 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 tot en met B.23 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.3.1. Waar hebt u recht op?"

U hebt recht op medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg is te verdelen in:

B.4.3.1.a. Behandeling zonder dat opname plaatsvindt

Deze zorg zonder opname omvat onder andere:

- 1. oogheeskundige zorg;*
- 2. aanleggen van gips;*
- 3. ECG-onderzoek.*

B.4.3.1.b. Onderdelen die bij de behandeling horen

Deze zorg omvat:

1. de verpleging;
2. de geneesmiddelen;
3. de hulpmiddelen;
4. de verbandmiddelen;
5. laboratoriumonderzoek.

Let op!

- a. Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- b. Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

B.4.3.2. Voorwaarden

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

- a. U bent verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts of bedrijfsarts.
- b. Als het gaat om oogandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Dat hangt ervan af naar welke zorgverlener u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

- a. De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.
(...)"

8.4. Artikel A.20 van de zorgverzekering betreft tarieven. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw nota volledig voor onze rekening nemen. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Het tarief dat we in een zorg- en/of internetovereenkomst met de zorgverlener hebben vastgelegd.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het zijn tarieven waarbij geen marge (speelruimte) is aangegeven. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd. Ze zijn dus nooit hoger dan de maximale aanspraken vanuit uw verzekering.

3. Marktconform tarief

Dit is het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is en in verhouding staat tot de prijs van soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners. We bedoelen een bedrag dat gelijk is aan het tarief dat wij voor die zorg hebben vastgelegd in zorg- en/of internetovereenkomsten met zorgverleners. Hebben wij meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan houden we het gemiddelde van die tarieven aan. Hebben wij voor die zorg geen tarieven afgesproken? Dan baseren we ons op prijzen die naar de Nederlandse marktomstandigheden en/of maatstaven gebruikelijk zijn.

Op onze internetsite vindt u de "Lijst Marktconforme Tarieven" voor diverse zorgvormen.

4. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de nota staat.

(...)

b. Verlaagd tarief van het vaste of marktconforme tarief

Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select en Zorgverzekering Natura Direct:

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/ zorg? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een zorgovereenkomst hebben gesloten? Dan verlagen wij de vergoeding. Wij vergoeden dan een bepaald percentage (deel) van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief, dan vergoeden wij dat

percentage van het marktconforme tarief. Hoe hoog dat vergoedingspercentage is, kunt u vinden in de bijlage "Premies en Vergoedingstarieven".
(...)

Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select en Zorgverzekering Natura Direct:
Het bij c. genoemde volledige tarief vergoeden wij alleen als:

- 1) u de zorg niet of niet tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een zorg- of internetovereenkomst hebben gesloten. Wat tijdige zorgverlening is, hangt ervan af wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is; of
- 2) u de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten; of
- 3) u acute (spoed)zorg nodig hebt, die niet kan worden uitgesteld.

d. Gedeclareerd tarief

Alle soorten verzekeringen:

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/ zorg? En hebben wij voor de soort behandeling/ zorg ook geen zorg- en/of internetovereenkomst gesloten met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen? Dan vergoeden wij het gedeclareerde tarief. Dit vergoeden wij tot maximaal het bedrag waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt.
(...)"

- 8.5. Het overzicht "Premies en vergoedingstarieven" bepaalt, voor zover hier van belang, dat voor zorg die wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder 75% van het marktconforme tarief wordt vergoed.
- 8.6. De artikelen A.20 en B.4 van de zorgverzekering en het overzicht "Premies en vergoedingstarieven" zijn volgens artikel A.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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 vergoeding van de kosten van zorg en diensten in de situatie dat een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.8. 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. De commissie stelt allereerst vast dat, nu de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een gedeeltelijke vergoeding te verlenen, de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering geen beantwoording meer behoeft. Hetzelfde geldt voor de indicatie, die in de situatie van verzoeker kennelijk aanwezig was. Ook kan in het midden blijven of de behandeling doelmatig is en of in dit geval is voldaan aan de toepasselijke formele vereisten, zoals het vereiste van een geldige verwijzing. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de hoogte van de vergoeding.


- 9.2. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van een bedrag van € 2.315,31. Dit is 75% van het marktconforme tarief ter hoogte van € 3.087,08. Door verzoeker is volledige vergoeding van kosten gevorderd. Voorts is door hem een beroep gedaan op artikel A.20.2 sub c lid 1 van de zorgverzekering, inhoudende dat de onderhavige zorg niet (tijdig) te verkrijgen was bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, zodat 100% van het marktconforme tarief dient te worden vergoed. Hiertoe is door hem een verklaring van de behandelend oogarts overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader verklaard dat verzoeker tijdig terecht kon in een gecontracteerd ziekenhuis en dat de oogarts niet heeft verklaard waarom zulks niet mogelijk zou zijn. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.
- 9.3. Vast staat dat verzoeker een aanvraag heeft ingediend voor een ALK en dat door de ziektekostenverzekeraar hiervoor op 17 juni 2013 een akkoordverklaring is afgegeven. Verzoeker heeft naar aanleiding hiervan een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, waarbij door hem onder meer is gevraagd waarom hij niet is geïnformeerd over (goedkopere) alternatieven voor de betreffende behandeling, te weten bij gecontracteerde zorgaanbieders. Bij brief van 26 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar op de klacht van verzoeker gereageerd. In dit kader is gesteld dat een verzekerde enkel actief wordt geïnformeerd over alternatieven voor de aangevraagde zorg indien hier specifiek om wordt verzocht. Verzoeker had contact kunnen opnemen met de ziektekostenverzekeraar en alsdan zou hij zijn verwezen naar een gecontracteerde zorgaanbieder. Op 8 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat er voldoende ziekenhuizen in Nederland zijn die "deze ingreep" uitvoeren en zijn enkele ziekenhuizen in de omgeving van de woonplaats van verzoeker genoemd die een hoornvliestransplantatie uitvoeren. Verzoeker diende echter geen normale hoornvliestransplantatie te ondergaan, maar een ALK. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van de klacht van verzoeker en bekend met diens specifieke medische situatie, verzoeker eigener beweging had moeten verwijzen naar een gecontracteerd ziekenhuis alwaar de onderhavige ingreep binnen een redelijke termijn zou kunnen worden uitgevoerd. Dit is echter niet gebeurd. Hierdoor is de ziektekostenverzekeraar tekortgeschoten in de nakoming van zijn zorgplicht, hetgeen ertoe dient te leiden dat verzoeker moet worden gecompenseerd voor de als gevolg hiervan ontstane schade. Deze schade bestaat uit de kosten van de ingreep, onder aftrek van de reeds verleende vergoeding, hetgeen neerkomt op € 2.558,-- (€ 4.873,31 - € 2.315,31). De ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoeker dit bedrag na te betalen.
- 9.4. Aangezien de gevorderde volledige vergoeding wordt toegewezen, kan de vraag of het toepassen van een korting van 25% op het marktconforme tarief bij gebruikmaking van niet-gecontracteerde zorg in strijd is met artikel 13 Zvw, achterwege blijven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Aangezien het verzoek op grond van de zorgverzekering wordt toegewezen, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen bespreking.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar € 2.558,-- aan verzoeker dient na te betalen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.6 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het betaalde entreegeld van € 37,--.

 Zeist, 9 juli 2014,



Voorzitter