

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, FESS, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.02132
Zittingsdatum : 1 mei 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgop-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 Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 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 Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS), uitgevoerd te Leuven (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 maart 2012 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 brieven van 28 maart 2012 en 14 mei 2012 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 16 januari 2013 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 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. Verzoeker heeft de commissie bij brieven van 19 februari 2013 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 21 februari 2013 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 maart 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 maart 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 april 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 13 maart 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 april 2013 (zaaknummer 2013038479) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen voor zover het verzoek een vergoeding betreft van meer dan 75% van het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-tarief. Grond hiervoor is dat de behandeling tegen neuspoliepen zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden en de FESS behandeling behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker heeft aanspraak op 75% van het door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC-tarief. Een afschrift van het CVZ-advies is op 11 april 2013 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 mei 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 2 mei 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 6 mei 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 13 juni 2005 in het ziekenhuis in Leuven voor de eerste maal geopereerd aan zijn sinussen. Aldaar uitgevoerde nacontroles en dergelijke werden vanaf 2006 (ingangsdatum van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering) probleemloos vergoed door de ziektekostenverzekeraar. In 2011 ontstond een probleem rond een ingediende declaratie van een nacontrole die eveneens in het ziekenhuis in Leuven had plaatsgevonden. Na een klachtprocedure is de ziektekostenverzekeraar toen alsnog tot vergoeding overgegaan.
- 4.2. Verzoeker heeft zich in 2011 voor een FESS tot het betreffende ziekenhuis gewend. Hij stelt dat hij, toen de operatiedatum bekend was, op 9 november 2011 telefonisch contact heeft gehad met de afdeling Buitenland van de ziektekostenverzekeraar. Bij

die gelegenheid is hem – nadat hij werd doorverbonden – door een medewerker medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar maximaal de vergoeding die voor een dergelijke ingreep in Nederland wordt vergoed, betaalt. Dit was voor verzoeker een afdoende antwoord. Het bevreemdt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar geen registratie van het telefoongesprek van 9 november 2011 – met de medewerker met wie hij werd doorverbonden – kan overleggen.

- 4.3. Op 14 november 2011 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt plaatsgevonden.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de behandeling afgewezen. Naar aanleiding hiervan heeft verzoeker op 30 januari 2012 contact opgenomen met het kantoor van de ziektekostenverzekeraar in Sittard, alwaar hem werd verteld dat hij moest zorgen voor een schriftelijke onderbouwing van de behandeling door het ziekenhuis in Leuven. De betreffende bescheiden zijn door verzoeker op 10 februari 2012 overgelegd. Na lange tijd werd hem medegedeeld dat de vergoeding 75% van de kosten zou bedragen. Het inmiddels betaalde bedrag van € 2.472,50 is echter op geen enkele wijze te herleiden naar de ingediende declaratie (ter hoogte van € 3.847,09).
- 4.5. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar geen eenduidige lijn volgt bij de afhandeling van declaraties. Het vergoedingspercentage van 75 is hem pas ná de operatie kenbaar gemaakt. Hij is nimmer geïnformeerd dat het ziekenhuis in Leuven vanaf 2010 niet langer gecontracteerd is door de ziektekostenverzekeraar, dan wel dat de poliswaarden op dit punt zijn gewijzigd. De ziektekostenverzekeraar dient daarom over te gaan tot volledige vergoeding van de behandeling.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij te goeder trouw is. De kosten van zorg verleend door het ziekenhuis in Leuven, zijn vijf jaar lang kennelijk ten onrechte vergoed. Zodoende nam hij aan dat de kosten volledig zouden worden vergoed. Onwetend kan men niet zondigen. Bovendien nam verzoeker aan dat zorg in België goedkoper is dan zorg in Nederland.
- 4.7. 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 naturazorgverzekering afgesloten. Dit betekent dat hij voor verzekerde zorg terecht kan bij gecontracteerde zorgverleners. Verzoeker heeft recht op een gedeeltelijke vergoeding indien hij naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat. De zorg die wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt vergoed tot maximaal (i) het (maximum)tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld, of (ii) het in Nederland geldende marktconforme tarief. Het marktconforme tarief is het bedrag dat is afgesproken voor vergelijkbare zorg met gecontracteerde zorgverleners. Als er meerdere tarieven zijn afgesproken, wordt het gemiddelde van die tarieven gehanteerd. Indien verzoeker naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, terwijl hij passende zorg van goede kwaliteit tijdig kan krijgen bij een gecontracteerde zorgverlener, wordt de vergoeding verlaagd met 25%. De vergoeding bedraagt dan 75% van het wettelijk vastgestelde tarief of het marktconforme tarief.

- 5.2. Behandelingen in het ziekenhuis worden in Nederland gedeclareerd met DBC's. Het DBC-tarief is een van tevoren vastgestelde, gemiddelde prijs, gebaseerd op het gemiddelde behandeltraject. Uit dit all-in tarief worden alle kosten voor het hele behandeltraject betaald, inclusief onder meer nacontroles. Door het Nederlandse declaratiesysteem is het mogelijk lagere tarieven te hanteren. De tarieven in het buitenland zijn anders samengesteld. Ook voor zorg in het buitenland wordt een vergoeding volgens het DBC-tarief verleend. Daarom kan de vergoeding lager zijn dan de kosten van een behandeling aldaar.
- 5.3. Het ziekenhuis in Leuven is niet gecontracteerd voor de behandeling. Daarom bestaat aanspraak op vergoeding van 75% van het Nederlandse tarief. De hoogte van de vergoeding is vastgesteld op basis van het wettelijk vastgestelde tarief. De passende DBC is 02110000360213 met bijbehorend tarief van € 3.296,67, en 75% hiervan is € 2.472,50. Volgens de medisch adviseur kon verzoeker voor passende zorg van goede kwaliteit tijdig terecht bij een gecontracteerde zorgverlener. Derhalve bestaat geen reden een hogere vergoeding toe te kennen. Uiteraard is verzoeker vrij in zijn keuze voor een zorgverlener. Dit kan echter invloed hebben op de hoogte van de vergoeding. Het is vervelend voor verzoeker dat een deel van de kosten voor zijn rekening blijft. Dit is echter een mogelijk gevolg indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgverlener.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat verzoeker reeds op 10 maart 2011 erop is geattendeerd dat alle behandelingen vooraf dienen te worden aangevraagd. Toen is hem al duidelijk gemaakt dat de nota's in kwestie destijds nog eenmalig volledig zouden worden vergoed omdat meerdere nota's ten onrechte waren vergoed. Voor eventuele toekomstige behandelingen (waaronder die in april 2011) zou verzoeker echter vooraf een aanvraag moeten indienen.
- 5.5. Uit de contactregistratie is niet gebleken van een toezegging. Van het gesprek dat verzoeker had met de medewerker waarnaar hij werd doorverbonden is geen registratie aanwezig. Verzoeker stelt dat de medewerker hem heeft verteld dat maximaal het bedrag wordt vergoed dat voor dezelfde ingreep in Nederland wordt vergoed. Deze informatie is juist. Als verzoeker in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener was behandeld, was eenzelfde bedrag vergoed. Thans is onduidelijk hoe het gesprek is verlopen. Het is vervelend als verzoeker de gegeven informatie anders heeft begrepen. Verzoeker is (nogmaals) geadviseerd de behandeling vooraf aan te vragen. Hij heeft aangegeven de stukken achteraf te zullen insturen. Daarom kon pas achteraf worden getoetst aan de voorwaarden. Op 16 november 2011 heeft verzoeker met een medewerker van de afdeling Zorgservice gesproken. In dat gesprek is hij gewezen op de maximale vergoeding van 75% van het tarief dat voor dezelfde ingreep bij een gecontracteerde zorgverlener in Nederland wordt vergoed. Daarnaast is hem geadviseerd alle informatie omtrent de behandeling op te sturen ter beoordeling. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker zelf een risico heeft genomen door achteraf een aanvraag in te dienen.
- 5.6. Eerdere rekeningen zijn niet allemaal op dezelfde manier behandeld. Hierdoor zijn de rekeningen van het ziekenhuis in Leuven volledig vergoed. Het is mogelijk dat verzoeker een te hoge vergoeding ontving. Deze wordt niet teruggevorderd. Dat eerdere rekeningen 100% werden vergoed, betekent overigens niet dat alle volgende rekeningen van het ziekenhuis in Leuven ook volledig moeten worden vergoed.

- 5.7. Artikel D.14 van de aanvullende ziektekostenverzekering is niet van toepassing. Dit artikel is namelijk pas van toepassing als sprake is van hulp tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland. Verzoeker is vanuit zijn woonadres in Nederland heel bewust naar België (Leuven) gereisd voor de behandeling.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker duidelijk is geïnformeerd dat het ziekenhuis in Leuven niet gecontracteerd is. Niet gecontracteerd betekent een vergoedingspercentage van 75. Het is mogelijk dat kosten ten onrechte worden vergoed als het gaat om kleine bedragen. De ziektekostenverzekeraar brengt in het vervelend voor verzoeker te vinden dat een en ander op deze manier is gelopen.
- 5.9. 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.25. 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 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.29. van de zorgverzekering. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

B.4.2.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

- a. *behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden zonder dat opname plaatsvindt;*
- b. *verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.*

(…)

B.4.2.2. Voorwaarden

Verwijzing

- a. *U bent verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts of bedrijfsarts.*
(...)

Zorgverlener

- a. *Een medisch specialist verleent de zorg.*
(...)

Plaats

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

Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"(...)

B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op:

- a. *verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;*
b. *vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.*

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in de volgende artikelen van dit hoofdstuk per zorgsoort lezen wat wij dan vergoeden.

(...)

B.2.4. Tarief en akkoordverklaring

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgverlener of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten dan kan het voor u vooraf niet altijd duidelijk zijn of u die zorg geheel, deels of misschien helemaal niet vergoed krijgt. Daarom raden wij u aan bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf onze zorgadviesing aan te vragen. Wij kunnen u dan vertellen:

- a. *of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;*
b. *of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;*
c. *en of u voor deze zorg bij zorgverleners terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. Want gaat u dan naar een zorgverlener met wie wij geen afspraken hebben gemaakt, dan krijgt u mogelijk minder vergoed, tenzij wij een akkoordverklaring geven. Zie ook de artikelen A.21. over tarieven en A.22. over zorgadvies en akkoordverklaring.*

B.2.5. Bevoegde zorgverlener

De zorg die u krijgt in het buitenland moet in ieder geval worden verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen."

Artikel A.21. van de zorgverzekering betreft tarieven. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"Voor de vergoeding van zorg bestaan verschillende tarieven. Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:

(...)

- b. Zorgverzekering Natura verlaagd tarief (75%)**

*Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten? Bij de Zorgverzekering Natura verlagen wij de vergoeding met 25%. Wij vergoeden dus 75% van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij 75% van het marktconforme tarief.
(...)"*

8.3. De artikelen A.21., B.2. en B.4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. 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 lid 1 Zvw luidt:

"Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten."

8.5. 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.

8.6. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De onderhavige zorgkosten zijn gemaakt in België, een lidstaat van de EU. Er is sprake van planbare zorg; verzoeker is naar een andere lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch op de hoogte gesteld van de operatie vóórdat deze plaatsvond. Dit kan als een verzoek om toestemming worden beschouwd. Hij is daarbij gehouden de ziektekostenverzekeraar een redelijke termijn te gunnen voor de verwerking van dit verzoek. Gelet op het feit dat de operatie op 14 november 2011 heeft plaatsgevonden, en verzoeker de ziektekostenverzekeraar hierover eerst op 9 november 2011 heeft geïnformeerd, is de commissie van oordeel dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar geen redelijke termijn heeft gegund, zeker indien hierbij wordt betrokken dat de voor de beoordeling noodzakelijke informatie kennelijk (nog) niet aanwezig was, en verzoeker er voor heeft gekozen deze informatie pas over te leggen nadat de ingreep was uitgevoerd. De verordening vindt derhalve geen toepassing en er dient te worden getoetst aan artikel B.4. van de zorgverzekering.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot gedeeltelijke vergoeding van de kosten van de zorg die verzoeker heeft ondergaan in België. Hiermee is komen vast te staan dat is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering, meer specifiek artikel B.4. van de zorgverzekering. Enkel de hoogte van de vergoeding houdt partijen verdeeld. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. Ingevolge artikel A.21. van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding tot het afgesproken tarief, het verlaagde tarief (75%) of het volledige tarief. Verzoeker heeft de zorg betrokken bij een zorgverlener waarmee door de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst was gesloten. Bovendien had verzoeker tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener waarmee wel een overeenkomst was gesloten. Dientengevolge bedraagt de vergoeding 75% van het wettelijke tarief dan wel het marktconforme tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zake van de door verzoeker genoten zorg in België de DBC-code 02110000360213 vastgesteld, met bijbehorend tarief van € 3.296,67, en 75% hiervan is € 2.472,50. De betreffende vergoeding is aan verzoeker betaald en deze is naar het oordeel van de commissie correct. Dat de daadwerkelijke kosten hoger waren – te weten € 3.847,09 – is in dat verband niet relevant.
- 9.5. Verzoeker heeft nog gesteld dat op 9 november 2011 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden, bij welke gelegenheid hem door een bij naam genoemde medewerker is medegedeeld dat maximaal de vergoeding die voor een dergelijke operatie in Nederland wordt vergoed, aan hem wordt betaald, waaruit verzoeker heeft afgeleid dat de operatie volledig zou worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Een en ander wordt door de ziektekostenverzekeraar betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

- 9.6. In de procedure is aangetoond noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een bepaalde telefonische toezegging is gedaan. Integendeel, de uitlating waar verzoeker zich op beroept is geheel overeenkomstig artikel A.21. onder b van de zorgverzekering. De vergoeding indien de zorg wordt betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgverlener is gesteld op 75% (zie 9.4) en dit percentage geldt zowel in Nederland als daarbuiten. Dat verzoeker heeft aangenomen dat binnen Nederland altijd volledige vergoeding van kosten plaatsvindt, is een aanname die onjuist is en waarvan de gevolgen voor zijn rekening blijven.
- 9.7. Daarnaast heeft verzoeker zich erop beroepen dat eerdere declaraties van zorg die hij had genoten in België, volledig zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Dit is door de ziektekostenverzekeraar erkend. Laatstgenoemde heeft hierbij echter wel aangetekend dat verzoeker op 11 maart 2011 is geattendeerd op het feit dat bij de verwerking van de declaraties een fout was gemaakt en dat in het vervolg vooraf een aanvraag moest worden ingediend. Verzoeker heeft zulks niet bestreden. De commissie concludeert daarom dat verzoeker zich niet met recht kan beroepen op een bestaand vergoedingsbeleid.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op het gevraagde, zodat het verzoek niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 mei 2013,

Voorzitter