

A vertical column of 15 small, orange icons representing various types of people with disabilities, including a person walking, a person in a wheelchair, a person with a white cane, a person with a hearing aid, a person with a prosthetic arm, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, a person with a hearing aid, and a person with a hearing aid.

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D,
tegen E te F

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, prostatectomie met DaVinci®-robot, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201302637

Zittingsdatum : 4 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, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo nr. 883/2004)

1. Partijen

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

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een prostatectomie met behulp van een DaVinci®-robot, uitgevoerd te Gronau, Duitsland (verder: de aanspraak). Bij brief van 25 juli 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de aanspraak tot een bedrag van maximaal € 4.695,97 in te willigen.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 september 2013 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 29 januari 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 4.695,97 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering, en (ii) de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld van € 37,-- alsmede (iii) de kosten van zijn advocaat ten bedrage van € 300,-- te vergoeden (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 april 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 april 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 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 30 april 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014048081) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben, aangezien het geschil zich toespitst op de hoogte van de vergoeding. Om de commissie tegemoet te komen, is onderzocht of door de ziektekostenverzekeraar de juiste DOT productcode is gehanteerd. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat dit het geval is.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 4 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 5 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en de voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of de aantekeningen dan wel de voorgedragen pleitnota aanleiding geven tot wijziging van het eerdere standpunt aangaande de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 12 juni 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en pleitnota geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn standpunt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend uroloog heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *“Bei Herrn [verzoeker] lag ein aggressives Prostatakarzinom mit einem Gleason score von 4+5=9 vor. Unter einer solchen Situation sollte eine Therapie möglichst kurzfristig angestrebt werden. Besonders bei derartig aggressiven Karzinomen beinhaltet eine Wartezeit von Monaten das Risiko einer Verschlechterung der onkologischen Situation”*.
- 4.2. In maart 2013 is bij verzoeker prostaatkanker geconstateerd. Hij is naar aanleiding daarvan op zoek gegaan naar mogelijkheden voor een adequate behandeling. Daarbij stuitte hij op de zogenoemde DaVinci®-methode, een effectieve en kwalitatief hoogstaande behandeling tegen prostaatkanker. Deze vorm van zorg behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering.
- 4.3. Tussen de zorgverzekeraar en verzoeker heeft diverse malen overleg plaatsgevonden over de behandelmogelijkheden. De zorgverzekeraar heeft daarbij - in april 2013 - een behandeling in een Nederlands ziekenhuis voorgesteld. Bij dit ziekenhuis kon verzoeker echter niet vóór augustus 2013 terecht. Ook bij andere door de zorgverzekeraar gecontracteerde ziekenhuizen bleek verzoeker niet tijdig te kunnen worden behandeld. Mede op advies van een medewerker van de zorgverzekeraar heeft verzoeker ook behandelmogelijkheden in het buitenland geïnventariseerd. Verzoeker kwam zodoende bij het ziekenhuis in Gronau. Hier bleek hij spoedig terecht te kunnen. Op 24 april 2013 had hij de eerste afspraak en op 20 mei 2013 is hij geopereerd.
- 4.4. Het Duitse ziekenhuis stuurde een rekening van € 13.069,-, die verzoeker bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd. De zorgverzekeraar vergoedde echter slechts € 4.695,97, met als reden dat het Duitse ziekenhuis niet is gecontracteerd.
Gelet op een arrest van het Hof 's-Hertogenbosch van 9 juli 2013 en een uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Gelderland van 3 oktober 2013 vormt een vergoeding van 60 percent van het gecontracteerde tarief een feitelijke hinderpaal voor verzekerden om zorg in te roepen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit is in strijd met artikel 13 Zvw en (Europese) rechtspraak.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verder op geen enkele wijze onderbouwd hoe hij tot de hoogte van de vergoeding is gekomen. Onduidelijk is welke maximale tarieven met de door hem gecontracteerde zorgaanbieders door de zorgverzekeraar zijn afgesproken.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft een behandeling ondergaan in een ziekenhuis te Gronau. Met deze zorgaanbieder heeft de zorgverzekeraar geen contract gesloten. De behandeling die verzoeker heeft gehad, is een behandeling die valt onder de onderhandelbare tarieven. Verzoeker heeft dan recht op een maximale vergoeding volgens de lijst maximale vergoedingen, behorende bij het Verzekeringsreglement. Dit betekent dat recht bestaat op een vergoeding die in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.

5.2. Op basis van de nota is een DBC zorgproduct vastgesteld met code 15A080.20109037 met als omschrijving: "*kijkoperatie in de buikholte (met verpleegligdagen) bij prostaatkanker*". Het tarief voor deze behandeling is € 4.695,97. Dit bedrag is aan verzoeker vergoed.

5.3. De zorgverzekeraar baseert de restitutievergoeding op de gemiddelde prijs waarvoor de zorg is ingekocht. Sommige ziekenhuizen behandelen aantoonbaar zwaardere ziektegevallen dan andere. Dit kan de reden zijn dat voor dezelfde behandeling verschillen bestaan tussen ziekenhuizen met betrekking tot de toepasselijke tarieven. Daarnaast is het zo dat bij het maken van afspraken met ziekenhuizen een heel assortiment aan behandelingen wordt ingekocht. Daarbij wordt soms voor lief genomen dat het tarief van de ene behandeling hoger is als daar tegenover staat dat het tarief van andere behandelingen lager is.

5.4. De zorgverzekeraar acht zich niet gebonden aan de door verzoeker genoemde uitspraken van het Hof en de voorzieningenrechter, aangezien deze zijn geweest in zaken waarbij andere verzekeraars waren betrokken. In deze uitspraken is geen algemene regel geformuleerd aan de hand waarvan de zorgverzekeraar zijn beleid zou moeten wijzigen. De zorgverzekeraar is van mening dat een korting van 40 percent geen feitelijke hinderpaal oplevert. Overigens is de zorgverzekeraar een private schadeverzekeraar, die niet is gebonden aan de vrijverkeersbepalingen.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 4.695,97 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering, en het door verzoeker betaalde entreegeld alsmede de gemaakte advocaatkosten van € 300,- te vergoeden.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B38 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek. (...)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. [Naam zorgverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [naam website]/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met [naam zorgverzekeraar] een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op [telefoonnummer]. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam zorgverzekeraar], krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op [naam website]/vergoedingen. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat [naam zorgverzekeraar] gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. (...)"

- 8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het gemiddeld door [naam zorgverzekeraar] in Nederland gecontracteerde tarief.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam zorgverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland. (...)"

- 8.5. De artikelen B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien de verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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 zorgverzekeraar 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.
- 8.8. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de zorgverzekeraar om toestemming gevraagd. De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat het hier verzekerde zorg betreft die op dat moment tijdig in Nederland dan wel buiten Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar was zodat de zorgverzekeraar niet gehouden was een S2-formulier af te geven. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker op 12 april 2013 telefonisch met een medewerker van de zorgverzekeraar heeft gesproken, dat hij hierbij heeft medegedeeld prostaatcancer te hebben en te moeten worden geopereerd, dat hij hierbij de voorkeur had voor een operatie met behulp van de DaVinci®-robot, en dat de medewerker hem aanraadde hiertoe contact op te nemen met een - gecontracteerd - ziekenhuis in Nijmegen. Door verzoeker is gesteld - en door de zorgverzekeraar is niet bestreden - dat hij hierop telefonisch contact heeft opgenomen met het ziekenhuis in Nijmegen, en dat hem bij die gelegenheid is medegedeeld dat hij niet vóór 21 mei 2013 geholpen kon worden. De stelling van verzoeker dat hem is medegedeeld dat behandeling niet vóór augustus kon plaatsvinden, is door de zorgverzekeraar - ongemotiveerd - bestreden. Ook staat vast dat verzoeker op 3 mei 2013 opnieuw heeft gebeld met de zorgverzekeraar, en dat hij hierbij heeft medegedeeld dat hij niet tijdig bij het ziekenhuis in Nijmegen terecht kon. Naar het oordeel van de commissie had de zorgverzekeraar naar aanleiding van deze mededeling drie opties, te weten (i) alsnog het gevraagde S2-formulier afgeven, (ii) verzoeker eigener beweging verwijzen naar een gecontracteerd ziekenhuis alwaar de ingreep binnen een redelijke termijn

zou kunnen worden uitgevoerd, dan wel (iii) contact zoeken met het ziekenhuis in Nijmegen teneinde de opname te bespoedigen. Hierbij is van belang dat de behandelend arts in Gronau heeft verklaard dat het noodzakelijk was snel in te grijpen in verband met de ernst van de aandoening. Indien met een ingreep enkele maanden was gewacht, bestond een groot risico op verslechtering van de oncologische situatie. Geconstateerd moet worden dat geen S2-formulier is verstrekt. Voorts is gesteld noch gebleken dat van de zijde van de zorgverzekeraar een alternatief is geboden dan wel dat is aangeboden enige actie te ondernemen richting het ziekenhuis in Nijmegen. Uiteindelijk heeft verzoeker besloten zich op 20 mei 2013 te laten opereren in het ziekenhuis te Gronau.

- 9.4. Gelet op het voorgaande is de zorgverzekeraar tekort geschoten in de nakoming van zijn zorgplicht, hetgeen ertoe dient te leiden dat verzoeker wordt gecompenseerd voor de als gevolg hiervan ontstane schade. Deze schade bestaat uit de kosten van de ingreep van € 13.069,-- , en de kosten van zijn advocaat van € 300,-- . De zorgverzekeraar is gehouden verzoeker deze schade te vergoeden onder aftrek van de reeds verleende vergoeding van € 4.695,97.
- 9.5. Aangezien het verzoek volledig wordt toegewezen, kan de vraag of het toepassen van een korting van 40 percent op het gecontracteerde tarief bij gebruikmaking van niet-gecontracteerde zorg in strijd is met artikel 13 Zvw, onbeantwoord blijven.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 18 juni 2014,

Voorzitter