



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Anderzorg N.V. te Groningen
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, prostaatoperatie, HoLEP, DBC, hoogte vergoeding, schadevergoeding
Zaaknummer : 201500333
Zittingsdatum : 4 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

Anderzorg N.V. te Groningen, 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 grond van de verzekering AnderZorg Basis (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 vergoeding van de kosten van een te Aalst, België, uitgevoerde HoLEP-operatie (verder: de aanspraak). Bij brief van 7 maart 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor voornoemde operatie een bedrag van € 1.448,94 wordt vergoed. Op 16 juli 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de nota's van 21 februari 2014 en 18 april 2014 (ter zake van de nazorg/controlen na de operatie) niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat de maximale vergoeding reeds is toegekend.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 oktober 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 30 januari 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag dan € 1.448,94 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

3.4. 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.

3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 juni 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 juni 2015 aan verzoeker gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 juli 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 24 juli 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De commissie heeft het voorgaande bij brief van

28 juli 2015 aan verzoeker kenbaar gemaakt, en hem gevraagd of dit voor hem aanleiding is alsnog te willen deelnemen aan de hoorzitting. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 2 september 2015 bericht dat het zijn voorkeur heeft om een schriftelijke reactie te geven op de brief van de zorgverzekeraar. De commissie heeft dit verzoek bij brief van 25 september 2015 afgewezen. Hierbij is aan verzoeker medegedeeld dat, indien dit voor hem reden is de hoorzitting toch te willen bijwonen, hij dit aan de commissie kan doorgeven. Verzoeker heeft hierop niet gereageerd. Per abuis is verzoeker toch uitgenodigd voor de hoorzitting. Daarom heeft de commissie verzoeker op 4 november 2015 gebeld om te vragen of hij alsnog wil deelnemen aan de hoorzitting, waarop verzoeker toen bevestigend heeft geantwoord.

- 3.7. Bij brief van 19 juni 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 juli 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015074302) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de door de zorgverzekeraar toegekende DBC passend is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 25 september 2015 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 4 november 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Aangezien de hoorzitting heeft plaatsgevonden ten overstaan van twee commissieleden, heeft de commissie de aantekeningen, die zijn gemaakt tijdens de hoorzitting, aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid.
- 3.10. Bij brief van 13 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 19 november 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 had een goedaardige vergroting van de prostaat, ook wel benigne prostaat hyperplasie (BPH) genoemd. Deze aandoening vereiste een medische behandeling. In Nederland zou verzoeker hieraan worden geholpen door middel van een transurethrale resectie van de prostaat (TURP) of een open prostatectomie. Hiervoor zou verzoeker op een wachtlijst komen. Verzoeker heeft de voorkeur gegeven aan een andere behandeling, te weten de holmiumlaserenucleatie van de prostaat (HoLEP). Hij kon voor deze ingreep op korte termijn terecht in een Belgisch ziekenhuis.
 - 4.2. Het Belgische ziekenhuis heeft op 22 november 2013 ten behoeve van verzoeker een aanvraag voor de HoLEP ingediend bij de zorgverzekeraar. Verzoeker heeft op 29 november 2013 telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar. De met naam genoemde medewerkster heeft verzoeker toen medegedeeld dat de zorgverzekeraar voor niet-gecontracteerde zorg 60 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief voor een vergelijkbare behandeling in Nederland vergoedt. In dit gesprek noemde de medewerkster een bedrag van ongeveer € 3.000,--. Op 3 december 2013 heeft de zorgverzekeraar onder deze voorwaarden een machtiging voor de HoLEP aan verzoeker verleend. In deze machtiging is de HoLEP gekwalificeerd als een prostaatoperatie.
 - 4.3. Verzoeker heeft de kosten van de HoLEP van € 4.231,03 ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft geconcludeerd dat sprake was van een kijkoperatie bij klachten van de onderste urinewegen, zorgproductcode 149999016, en heeft daarom een bedrag van € 1.448,94 vergoed. De kosten van € 169,98 die verzoeker na de operatie heeft gemaakt, zijn

door de zorgverzekeraar afgewezen. Verzoeker meent dat de zorgverzekeraar de operatie verkeerd heeft gekwalificeerd, waardoor een te lage vergoeding is toegekend.

- 4.4. Het eerste poliklinische consult heeft plaatsgevonden op 20 november 2013. De kosten hiervan vallen onder zorgcode 149999056: consult op de polikliniek bij goedaardige prostaatvergroting. Het bijbehorende tarief bedraagt € 108,04. De zorgverzekeraar is daarom gehouden de kosten van het consult van € 41,89 volledig aan verzoeker te vergoeden.
- 4.5. De HoLEP valt onder het bereik van zorgproductcode 149999013: operatie (met verpleegligdagen) bij goedaardige prostaatvergroting, of zorgproductcode 149999011: kijkoperatie in de buikholte bij een goedaardige prostaatvergroting. Bij deze zorgproductcodes horen vergoedingen van € 3.215,93 respectievelijk € 2.578,50. De zorgverzekeraar lijkt te willen stellen dat de HoLEP is aan te merken als een kijkoperatie door de plasbuis, en dat deze dus niet in de buikholte heeft plaatsgevonden. Verzoeker vindt dit onbegrijpelijk. De prostaat bevindt zich in de buikholte. Een operatie aan de prostaat vindt dus ook plaats in de buikholte. De omstandigheid dat de buikholte wordt bereikt via de plasbuis betekent niet dat de operatie niet in de buikholte plaatsvindt.
- 4.6. Het had op de weg van de zorgverzekeraar gelegen om verzoeker duidelijk te maken of, en tegen welk tarief, de namens hem aangevraagde zorg zou worden vergoed. De zorgverzekeraar is tekortgeschoten in zijn zorgplicht, door in zijn brief van 3 december 2013 geen duidelijke en transparante informatie te verschaffen. In de eerste alinea van deze brief stelt de zorgverzekeraar te reageren op de ingediende aanvraag voor medische zorg in het buitenland, maar vervolgens wordt alleen algemene informatie verstrekt. De zorgverzekeraar is dus niet inhoudelijk ingegaan op de aanvraag. Aangezien de zorgverzekeraar hiermee is tekortgeschoten in zijn zorgplicht en verzoeker geen zekerheid heeft geboden, dient de zorgverzekeraar de gevolgen te dragen voor de onjuiste voorstelling van zaken die verzoeker had omtrent de hoogte van de vergoeding.
- 4.7. Verzoeker meent dat bij de bepaling van de zorgproductcode, die wordt gebruikt voor de vaststelling van de vergoeding, dient te worden gekeken naar de code die het beste past bij een vergelijkbare behandeling in Nederland. De HoLEP is een alternatief voor de TURP. Niet alleen is de toepassing van beide behandelingen hetzelfde, maar de wijze waarop deze worden uitgevoerd is ook vergelijkbaar, aangezien bij beide behandelingen een deel van de prostaat wordt verwijderd en bij beide de prostaat wordt bereikt via de plasbuis. Het verschil tussen de behandelingen betreft in essentie het medisch instrument dat wordt gebruikt voor de verwijdering. De TURP wordt gedeclareerd met zorgproductcode 149999026: kijkoperatie bij een goedaardige prostaatvergroting. Hierbij hoort een tarief van € 1.807,88.
- 4.8. Naast de correcte vergoeding van de HoLEP vordert verzoeker vergoeding van de ligdagen. Hij verbleef drie dagen in het ziekenhuis. Uit de lijst van 'maximale vergoedingen medisch specialistische zorg niet-gecontracteerde zorgaanbieders' blijkt dat de zorgverzekeraar voor de ligdagen bij een goedaardige prostaatvergroting (zorgproductcode 14999024) een bedrag vergoedt van maximaal € 908,74.
- 4.9. Verzoeker vordert naast bovenstaande de wettelijke rente over het door de zorgverzekeraar aan hem na te betalen bedrag. Daarnaast is hij genooddaakt geweest zijn vordering ter incasso uit handen te geven aan een advocaat. Deze heeft diverse incassowerkzaamheden verricht, te weten het aanmaken van een dossier, het vergaren van informatie, het voeren van diverse correspondentie en het tot betaling sommeren van de zorgverzekeraar. Deze kosten bedragen € 369,96. Verzoeker vordert dit bedrag op grond van de artikelen 6:74 en 6:95 e.v. BW. Genoemde kosten zijn in de gegeven omstandigheden redelijk, zowel gezien de aanleiding om deze te maken, als gezien de omvang. De incassokosten zijn, op grond van artikel 6:96 lid 6 BW, berekend over de hoofdsom plus de rente, zoals verschuldigd op het moment van het geven van de incasso-opdracht, overeenkomstig het als redelijk aan te merken tarief uit het Besluit vergoeding voor buitengerechtigde incassokosten.

4.10. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald. Daarbij heeft hij benadrukt dat hij er gerechtvaardigd op heeft vertrouwd dat een vergoeding zou plaatsvinden, aangezien tijdens het telefoongesprek op 29 november 2013 een bedrag is genoemd van ongeveer € 3.000,--. De zorgverzekeraar heeft bewust ontwijkend geantwoord, wellicht met het doel een hinderpaal op te werpen. Het Zorginstituut gaat in zijn advies volledig voorbij aan de bestaande zorg- en informatieplicht. Onder punt vijf van het nader commentaar van de zorgverzekeraar heeft deze erkend dat een standaardreactie is gestuurd, en dat geen helderheid is verschaft over de vergoeding. Er is getracht verzoeker te sturen in de richting van een gecontracteerde zorgaanbieder. Het is onbegrijpelijk waarom iemand die pijn heeft de zorgverzekeraar in de gelegenheid moet stellen een andere zorgverlener voor hem te zoeken. De zorgverzekeraar is verzoeker weliswaar gedeeltelijk tegemoet gekomen, maar de klacht over de voorlichting blijft overeind. Verzoeker merkt verder op dat het Zorginstituut heeft gesteld dat artikel B24 van de zorgverzekering overeenkomt met de toepasselijke wetgeving, maar dit is onjuist. In de voorwaarden staat immers een vergoeding van 60 percent, terwijl de Hoge Raad heeft bepaald dat dit minstens 75 percent moet zijn. Over de andere genoemde klachten zwijgt het Zorginstituut. Zo wordt bijvoorbeeld niet ingegaan op de ligdagen en het poliklinische consult, en op de vordering van de incassokosten en de kosten van de onderhavige procedure.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op medisch specialistische zorg. Deze zorg wordt in Nederland in rekening gebracht door middel van een zorgproduct. Een zorgproduct is het geheel van prestaties van een zorginstelling en medisch specialist die voortvloeien uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert. Hieraan is één tarief verbonden. De zorgverzekeraar betaalt daarom niet apart voor de verschillende onderdelen van de behandeling.

5.2. Bij e-mailbericht van 22 november 2013 is namens verzoeker toestemming/een E112-formulier gevraagd voor een behandeling. Deze aanvraag is op 29 november 2013 voorgelegd aan de medisch adviseur. Op 3 december 2013 heeft de zorgverzekeraar verzoeker schriftelijk geïnformeerd. Gebleken is dat de onderhavige ingreep reeds op 1 december 2013 heeft plaatsgevonden. Dit was dus vóórdat de beslissing van de zorgverzekeraar aan verzoeker is verstuurd. Het is onduidelijk waarom de brief in zulke algemene bewoordingen is gesteld, terwijl de medisch adviseur reeds had gewezen op het juiste zorgproduct. Aangezien verzoeker de beslissing van de zorgverzekeraar niet heeft afgewacht en hij de ingreep reeds had ondergaan, is de reden hiervoor thans niet meer van belang. Verzoeker mocht er niet op vertrouwen dat de door hem genoten behandeling onder zorgproduct 14999011 of 14999013 viel. Overigens kan de brief van 3 december 2013 niet worden gekwalificeerd als machtiging. In de brief wordt een algemene uitleg gegeven over de gevolgen van het bezoeken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarnaast is hierin een aanbod tot zorgbemiddeling gedaan.

5.3. Uit het advies van de medisch adviseur blijkt dat zorgproduct 14999026, en niet 14999016, had moeten worden gekozen. Het tarief voor dit zorgproduct was in 2013 € 3.013,14. Aangezien verzoeker is behandeld door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder worden niet alle kosten vergoed. Gezien de recente jurisprudentie met betrekking tot het restitutiepercentage had dan gekozen moeten worden voor een vergoeding van 75 percent van voornoemd tarief, dit betreft € 2.259,86. Verzoeker heeft daarom aanspraak op het verschil tussen dit bedrag en hetgeen reeds aan hem is vergoed.

5.4. De periode die is verstreken tussen de ontvangst van de aanvraag (22 november 2013) en het moment waarop de zorgverzekeraar hierop heeft gereageerd (3 december 2013) is niet onredelijk lang. Verzoeker heeft niet tijdig toestemming gevraagd, zodat de bepalingen van Vo.nr. 883/2004 in dit geval niet van toepassing zijn. Bovendien heeft hij de zorgverzekeraar niet de mogelijkheid geboden hem te bemiddelen naar een gecontracteerd ziekenhuis.

5.5. Op 29 november en 3 december 2013 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar. Uit de telefoonnotities blijkt niet dat aan verzoeker een bedrag is medegedeeld dat zou worden vergoed. De zorgverzekeraar ontkent dan ook dat een dergelijke toezegging is gedaan.

5.6. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de afwijzingsbrief inderdaad in algemene bewoordingen is gesteld, maar deze is pas gestuurd nadat de ingreep al had plaatsgevonden. Verzoeker heeft hieraan derhalve geen vertrouwen kunnen ontlenu. Verder merkt de zorgverzekeraar op dat pas op een zeer laat moment is verzocht om toestemming. De zorgverzekeraar had hierdoor te weinig tijd om op het verzoek te reageren. De vergoeding van 60 percent stond nog in de voorwaarden, maar de jurisprudentie is gevolgd, zodat de vergoeding is verhoogd naar 75 percent. Tot slot merkt de zorgverzekeraar op dat de consulten en ligdagen zijn inbegrepen in de verleende vergoeding. Deze hoeven dus niet apart te worden beoordeeld.

5.7. 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 verzoeker ter zake van de in België uitgevoerde HoLEP aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan reeds door de zorgverzekeraar - na correctie - is toegekend, ten laste van de zorgverzekering. Voorts is in geschil of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de wettelijke rente over de nog uit te keren, aanvullende vergoeding en de door hem gemaakt invorderingskosten ten bedrage van € 369,96.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. 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:

“Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

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. Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten.

*U kunt ook bellen met onze Klantenservice. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met Anderzorg, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.anderzorg.nl/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 Anderzorg gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.
(...)"*

- 8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

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 Anderzorg 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 Anderzorg 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 Anderzorg 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 Anderzorg 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. Artikel B3.2 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding indien de zorg wordt afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en luidt:

"Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten, dan vergoedt Anderzorg de kosten tot een maximumbedrag. Hoeveel dat is, ziet u in de artikelen B10 tot en met B38 bij de verschillende vormen van zorg. De maximale bedragen zijn een percentage van het tarief dat Anderzorg gemiddeld voor deze behandeling heeft gecontracteerd. Het percentage kan per zorgvorm verschillen. Bij sommige vormen van zorg wordt verwezen naar een lijst met maximale bedragen. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Let op

Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking."

- 8.6. De artikelen B3.2, 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).
- 8.7. 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 zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 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 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.
- 8.9. 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 België, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoeker heeft op 22 november 2013, voorafgaand aan de behandeling, de zorgverzekeraar om toestemming gevraagd. Hij is daarbij gehouden de zorgverzekeraar een redelijke termijn te gunnen voor de verwerking van dit verzoek. Uit de overgelegde nota's blijkt dat verzoeker reeds op 1 december 2013 is opgenomen om de betreffende behandeling te ondergaan. Mede gezien de medische situatie van verzoeker is een termijn van negen dagen (vijf werkdagen) niet te beschouwen als een redelijke termijn zodat de situatie vergelijkbaar is met die waarin voorafgaand aan de behandeling in het geheel geen toestemming is gevraagd. De verordening vindt derhalve geen toepassing en er dient te worden getoetst aan artikel B24 van de zorgverzekering.

- 9.3. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 2 juli 2015 geconcludeerd dat de door de zorgverzekeraar gebruikte DBC (14999026) passend is bij een fotoselectieve vaporisatie van de prostaat met behulp van een laser. De commissie neemt dit advies over en maakt de conclusie hiervan tot de haren. Door verzoeker is weliswaar de juistheid van de gehanteerde DBC bestreden, maar niet betwist is dat het door de zorgverzekeraar hiervoor gehanteerde tarief (€ 3.013,14) correct is. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan.
- 9.4. Verzoeker heeft separate vergoeding van het voorafgaande consult, de ligdagen en het controleconsult gevorderd. Op grond van artikel B9 van de zorgverzekering bestaat voor zorg in het buitenland bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanspraak op de vergoeding die verzoeker zou krijgen als hij in Nederland zou zijn behandeld door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In artikel B3.2 van de zorgverzekering is bepaald dat voor zorg die is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een maximumbedrag wordt vergoed. Dit maximumbedrag is een percentage van het gemiddeld door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarief. Het percentage kan per zorgvorm verschillen. In artikel B24 van de zorgverzekering is bepaald dat dit percentage voor medisch specialistische zorg 60 is. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandelcombinatie (DBC). Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC heeft een maximale looptijd van één jaar. De door verzoeker gevorderde kosten voor consulten en ligdagen vallen dus onder de DBC, die onder 9.3 is bedoeld, met het aldaar genoemde tarief. Op separate vergoeding van het voorafgaande consult, de ligdagen en het controleconsult bestaat daarom geen aanspraak.
- 9.5. Gezien het bovenstaande concludeert de commissie dat de zorgverzekeraar de juiste DBC en de juiste vergoeding hiervoor heeft toegekend. In eerste instantie is - conform artikel B24 van de zorgverzekering - een vergoeding van 60 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief verleend. De zorgverzekeraar heeft in tweede instantie, op grond van recente jurisprudentie met betrekking tot de restitutiekorting, dit percentage verhoogd naar 75. Dit vergoedingspercentage komt de commissie juist voor.

Gewekte verwachtingen

- 9.6. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar hem op 29 november 2013 telefonisch heeft medegedeeld dat voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder 60 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief wordt vergoed. Hierbij is volgens verzoeker een bedrag genoemd van ongeveer € 3.000,-. Aangezien is vastgesteld dat voor de onderhavige behandeling een tarief van gemiddeld € 3.013,14 is gecontracteerd, komt het de commissie niet onwaarschijnlijk voor dat dit bedrag is genoemd tijdens het telefoongesprek. Dat aan verzoeker is toegezegd dat - na aftrek van de korting van 40 percent - ongeveer € 3.000,- wordt vergoed voor de onderhavige ingreep, valt hier echter niet uit te concluderen, en is ook anderszins door verzoeker niet aannemelijk gemaakt.
- 9.7. Verzoeker voert verder aan dat de zorgverzekeraar is tekortgeschoten in zijn zorgplicht, omdat hij in zijn brief van 3 december 2013 geen duidelijke en transparante voorlichting heeft verschaft omtrent de ingediende aanvraag, maar slechts algemene informatie heeft verstrekt. Aangezien de zorgverzekeraar hem geen zekerheid heeft geboden, is verzoeker van mening dat de zorgverzekeraar de gevolgen dient te dragen voor de onjuiste voorstelling die hij had omtrent de hoogte van de vergoeding. Zoals onder 9.2 is vastgesteld, is verzoeker op 1 december 2013 opgenomen om de onderhavige behandeling te ondergaan. De brief waarop hij zich beroept is op 3 december 2013 door de zorgverzekeraar verstuurd. Aangezien deze brief is verstuurd nadat verzoeker was opgenomen in het ziekenhuis, heeft de inhoud van deze brief geen invloed kunnen hebben op zijn beslissing om zich in Aalst te laten behandelen. De commissie is voorts niet gebleken dat de zorgverzekeraar anderszins er voor heeft gezorgd dat bij verzoeker een verkeerde voorstelling van zaken ten aanzien van de vergoeding voor de onderhavige ingreep is gewekt. Deze

stelling van verzoeker treft derhalve geen doel en kan niet leiden tot een hogere vergoeding dan reeds is toegekend.

Wettelijke rente en invorderingskosten

- 9.8. Verzoeker vordert, naast een hogere vergoeding voor de ondergane behandeling, de wettelijke rente over het door de zorgverzekeraar aan hem na te betalen bedrag en de door hem gemaakte invorderingskosten. De commissie heeft hiervoor vastgesteld dat door de zorgverzekeraar aan verzoeker aanvankelijk niet de juiste vergoeding is toegekend. Aan verzoeker is in eerste instantie € 1.448,94 vergoed, terwijl lopende de procedure is gebleken dat hij aanspraak heeft op € 2.259,86 (75 percent van € 3.013,14). Verzoeker heeft derhalve aanspraak op een nabetaling van € 810,92. Gezien het voorgaande heeft verzoeker tevens aanspraak op vergoeding van de wettelijke rente over de nabetaling van € 810,92, gerekend vanaf de dag dat eerder genoemde vergoeding van € 1.448,94 is betaald tot de dag waarop de zorgverzekeraar voornoemde nabetaling aan verzoeker heeft overgemaakt. Verzoeker vordert tevens de door zijn advocaat gemaakte incassokosten. Verzoeker heeft deze kosten op grond van het Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten berekend op € 369,96. De commissie stelt vast dat in artikel 2 van het Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten is bepaald dat aanspraak bestaat op een vergoeding ter hoogte van 15 percent van het bedrag van de hoofdsom van de vordering over de eerste € 2.500,- van de vordering. Aangezien de nabetaling € 810,92 bedraagt, heeft verzoeker ter zake van de door hem gevorderde incassokosten aanspraak op 15 percent hiervan, te weten € 121,64.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, zoals bepaald in 9.8. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.10. Aangezien de zorgverzekeraar lopende de procedure heeft besloten de vergoeding voor de behandeling te verhogen, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de zorgverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoeker dient te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, zoals bepaald in 9.8. Voor het overige wordt het verzoek afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt voorts dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 2 december 2015,

J.A.M. Strens-Meulemeester