



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : EU-EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, prostatectomie met behulp van een Da Vinci®-robot, hoogte vergoeding, telefonische toezegging

Zaaknummer : 201600475

Zittingsdatum : 14 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
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 verzekering ZorgVerzorgd (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 FNV PrimaZorg 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een prostatectomie met behulp van een Da Vinci®-robot, uitgevoerd te Gronau (Duitsland), ten bedrage van € 13.069,-- (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een vergoeding wordt verleend van € 6.523,46.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een hogere vergoeding te verlenen, hetgeen neerkomt op een nabetaling van € 1.236,62.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 19 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar primair gehouden is de aanspraak alsnog volledig en subsidiair tot een bedrag van € 10.400,-- 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 e-mailbericht van 9 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 september 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 september 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 12 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 14 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016115016) 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 ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC 20109039 (15A082) passend is voor de door verzoeker ondergane ingreep. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 21 november 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 december 2016 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 15 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting 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 19 december 2016 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. In oktober 2014 is in het Máxima Medisch Centrum te Veldhoven (hierna: MMC) bij verzoeker prostaatkanker vastgesteld. Verzoeker had in (de arts van) het MMC geen vertrouwen. Via zijn echtgenote, die werkzaam is in een huisartsenpraktijk, werd hij geattendeerd op het Prostatacentrum Noordwest van het St. Antonius-Hospital te Gronau (hierna: het prostaatcentrum), alwaar men veel kennis en ervaring heeft met (in)continentie en (im)potentie, en de prostatectomie met behulp van een Da Vinci®-robot wordt uitgevoerd. In januari 2015 heeft de echtgenote van verzoeker contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te informeren naar de vergoeding van een prostatectomie in het prostaatcentrum. Bij die gelegenheid werd haar medegedeeld dat verzoeker kon rekenen op een vergoeding gebaseerd op het gangbare tarief waarvoor de operatie in Nederland wordt uitgevoerd, hetgeen zou neerkomen op circa € 10.400,--. Vervolgens heeft de echtgenote van verzoeker telefonisch contact gehad met het prostaatcentrum om een afspraak te maken voor verzoeker. Op de website van het prostaatcentrum staan op de pagina met 'Vergoedingen' zorgverzekeraars met logo vermeld, zo ook de ziektekostenverzekeraar. Dit was voor verzoeker een geruststelling. In februari 2015 heeft verzoeker een afspraak gehad bij de arts in het prostaatcentrum. Hierbij bleek dat een prostatectomie de aangewezen behandeling was. Verzoeker is van 4 tot 11 november 2015 opgenomen in het prostaatcentrum, en op 5 november 2015 succesvol geopereerd. Thans gaat het goed met hem, en is hij weer aan het werk. Verzoeker is vrij van kanker en hoeft geen nabehandelingen meer te ondergaan.
- 4.2. De nota van het prostaatcentrum bedraagt € 13.069,--. Deze nota, vergezeld van de onderliggende stukken, is bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend. Bij brief van 18 januari 2016 deelde de ziektekostenverzekeraar mede dat geen contract is afgesloten met het prostaatcentrum, en dat voor een kijkoperatie in de buikholte maximaal € 6.523,46 wordt vergoed. De echtgenote van verzoeker heeft hierop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De twee medewerkers van de ziektekostenverzekeraar met wie werd gesproken, konden beiden in het

systeem zien dat in januari 2015 het bedrag van € 10.400,-- aan (de echtgenote van) verzoeker was genoemd als vergoeding. Ook konden zij het zorgadvies niet begrijpen en werd de toegekende vergoeding laag geacht.

- 4.3. Verzoeker komt op tegen de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding voor de prostatectomie en voert in dat verband het volgende aan.
- Ten eerste is door de ziektekostenverzekeraar een vergoeding van € 10.400,-- toegezegd. Daar kan niet achteraf op worden teruggekomen.
- Ten tweede heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker nimmer geïnformeerd over het feit dat geen contract is afgesloten met het prostaatcentrum.
- Ten derde heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker in de loop van 2015 ook niet geïnformeerd over het feit dat de - toegezegde - vergoeding zou worden gewijzigd. De ziektekostenverzekeraar was op de hoogte van de voorgenomen operatie alsook van de aan (de echtgenote van) verzoeker medegedeelde vergoeding daarvoor.
- Ten vierde is de ziektekostenverzekeraar vermeld op de website van het prostaatcentrum, nota bene op de pagina 'Vergoedingen'. Dit doet vermoeden dat een contract bestaat tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder. Onder aan de betreffende pagina staat ook duidelijk vermeld: "vergoeding door de zorgverzekeraar".
- Ten vijfde heeft zowel de ziektekostenverzekeraar als de administratie van het prostaatcentrum hetzelfde bedrag genoemd als vergoeding voor de operatie. Het is daarom niet meer dan logisch dat verzoeker is uitgegaan van een vergoeding van € 10.400,-- voor de operatie.
- Ten zesde staat op de website van het Zorginstituut vermeld dat de dekking van de basisverzekering niet is beperkt tot Nederland, maar dat deze ook geldt voor niet-spoedeisende hulp in het buitenland. De hoogte van de vergoeding is wel beperkt tot de tarieven die gangbaar zijn in Nederland. Verzoeker kan zich evenwel niet voorstellen dat de kostprijs van een prostatectomie in Nederland slechts € 6.523,46 is.
- Ten zevende heeft verzoeker Fragmin injecties aangeschaft in Gronau voor een bedrag van € 140,--. De ziektekostenverzekeraar vergoedt slechts € 42,--. Dit is onbegrijpelijk en onterecht, aangezien verzoeker deze injecties - om trombose te voorkomen - in Nederland ook (vergoed) had gekregen.
- Ten achtste heeft de echtgenote van verzoeker een gesprek gehad met een medewerker van de administratie van het prostaatcentrum, waaruit is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar een verkeerde declaratiecode heeft gehanteerd. De gehanteerde code betreft een operatie zonder verwijdering van lymfeklieren, maar bij verzoeker zijn de lymfeklieren wél verwijderd. Een prostatectomie met verwijdering van lymfeklieren leidt tot een andere declaratiecode, en daarmee een hogere vergoeding. Volgens de medewerker van de administratie van het prostaatcentrum is de juiste declaratiecode 15A082.
- Verzoeker heeft een lening moeten afsluiten om de nota van het prostaatcentrum te kunnen voldoen. Door de onjuiste voorlichting van de ziektekostenverzekeraar is verzoeker in een benarde financiële situatie terechtgekomen. Verzoeker voelt zich misleid. Hij heeft er voor gekozen zich in het prostaatcentrum te laten behandelen, en deze keuze zou met de wetenschap van nu, gelet op de financiële consequenties, door hem zeker niet zijn gemaakt. De ziektekostenverzekeraar dient zich te houden aan zijn toezegging, en aan verzoeker in ieder geval het verschil van € 3.876,54 te betalen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar tijdens het telefoongesprek op 12 januari 2015 niet heeft verteld dat geen contract was gesloten met het prostaatcentrum in Gronau. Gezegd is dat het in verband met de vergoeding belangrijk was te zorgen voor een verwijzing van de huisarts. De medewerkster heeft voorts het Radboud umc genoemd omdat aldaar, net als in Gronau, een Da Vinci®-robot aanwezig is. Verder heeft de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat verzoeker recht zou hebben op een vergoeding die gelijkwaardig is aan het tarief voor dezelfde operatie in Nederland, hetgeen een bedrag tussen de € 10.400,-- en € 10.800,-- zou zijn. Het juiste bedrag kon op dat moment echter niet met zekerheid worden genoemd. Indien de operatie meer zou kosten, bijvoorbeeld in verband met complicaties, zou verzoeker die kosten zelf moeten betalen. De ziektekostenverzekeraar heeft zich later niet aan deze toezegging gehouden; verzoeker heeft een veel groter bedrag voor eigen rekening moeten nemen. De ziektekostenverzekeraar stelt thans



dat verzoeker niets schriftelijk heeft laten vastleggen. Dat is een erg makkelijk verwijt. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar de deskundige partij in deze is en zodoende het initiatief had moeten nemen om een en ander schriftelijk te bevestigen. Het komt nu goed uit dat dit niet is gebeurd. Pas toen alle rekeningen waren ingediend kwam de ziektekostenverzekeraar met een compleet ander verhaal op de proppen en een veel lagere vergoeding dan was toegezegd. Verzoeker stelt dat hij er alles aan heeft gedaan om van de ziektekostenverzekeraar ruim voorafgaand aan de operatie duidelijkheid te krijgen over de hoogte van de vergoeding. Toen die duidelijkheid er was, is besloten de operatie te ondergaan in het prostaatcentrum in Gronau. Achteraf blijkt dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker verkeerd heeft geïnformeerd.



Verzoeker merkt op dat zijn echtgenote een zeer onaangenaam gesprek heeft gehad met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar inzake de verleende vergoeding voor een prostatectomie zonder lymfeklierverwijdering (minus 25%). Bij verzoeker waren namelijk wel degelijk lymfeklieren verwijderd. De betreffende medewerkster trok de lymfeklierverwijdering ernstig in twijfel. Volgens haar vermeldt het prostaatcentrum dit altijd in het operatieverslag, zodat meer wordt betaald voor de operatie. De toon van het gesprek was zeer ongepast en zonder enige empathie. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar een dergelijke discussie dient te voeren met de financiële afdeling van het prostaatcentrum, en niet met hem als verzekerde en patiënt.



Voorts heeft verzoeker ter zitting gesteld dat door de ziektekostenverzekeraar in de diverse contacten niet is gesproken over toestemming, ook niet in het bewuste telefoongesprek op 12 januari 2015. Het is vreemd dat in de procedure bij de commissie door de ziektekostenverzekeraar wordt gesteld dat aan verzoeker geen toestemming is verleend voor de operatie in Gronau. Van de diverse contactmomenten waren immers geen opnames (meer) voorhanden. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar nimmer verteld dat een korting van 25% op het Nederlandse tarief zou worden toegepast, omdat verzoeker de 'verkeerde polis' had. Daarbij komt dat de ziektekostenverzekeraar is vermeld op de website van het prostaatcentrum, waardoor verzoeker ervan uit is gegaan dat zij zaken deden met elkaar.



Verzoeker was er niet van op de hoogte dat het prostaatcentrum op 4 november 2015 toestemming voor de operatie heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Op 11 november 2015 ontving verzoeker een brief van de ziektekostenverzekeraar en daarin werd voor het eerst gesproken over toestemming. In de brief is opgenomen dat het een niet-gecontracteerde zorgaanbieder betreft, en dat de maximale vergoeding € 10.400,-- bedraagt. De korting van 25% wordt echter niet genoemd. Hetgeen het prostaatcentrum niet of verkeerd heeft gedaan, kan verzoeker niet worden aangerekend.



Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar thans dat de behandeling tijdig had kunnen plaatsvinden in Nederland. Verzoeker bestrijdt dit. In Nederland wilde men hem op basis van het geldende protocol niet opereren, doch enkel een afwachtend beleid voeren. Zodoende was het Radboud umc geen optie. Er was echter bekend dat verzoeker prostaatkanker had met een normale PSA-waarde. Aangezien verzoeker dit psychisch niet aan kon, is uitgeweken naar Gronau. Achteraf gezien is dit een goede keuze geweest, omdat de kanker al in een verder stadium bleek te zijn. De periode van behandeling van de prostaatkanker was voor verzoeker en zijn familie zeer emotioneel.



Het in 2015 geldende Nederlandse tarief voor de onderhavige operatie bedraagt € 10.346,77. Verzoeker heeft reeds totaal € 7.760,08 ontvangen, zodat een restantbedrag van € 2.586,69 wordt gevorderd.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Zorg in het buitenland wordt vergoed volgens dezelfde voorwaarden die gelden voor zorg in Nederland (pagina 6 en 7 van de voorwaarden). Als wordt voldaan aan de criteria zoals genoemd in de voorwaarden, wordt vervolgens de hoogte van de vergoeding beoordeeld. De wet- en regelgeving en de voorwaarden zijn daarbij leidend. Per behandeling is een maximale vergoeding vastgesteld. Deze lijst met maximale vergoedingen is beschikbaar via de website van de ziektekostenverzekeraar en op te vragen via de Klantenservice.
- Vanaf 1 januari 2012 wordt in Nederland medisch specialistische zorg gedeclareerd door middel van een DOT (DBC op weg naar transparantie). In een DOT zitten alle zorgactiviteiten die horen
- 
- 

bij een bepaalde diagnose en behandeling. Ook voor zorg die in het buitenland plaatsvindt, wordt een DOT vastgesteld. Dit vindt altijd achteraf plaats op basis van de ingediende nota(s) en het behandelverslag van de arts. Aan een DOT is een vergoeding gekoppeld.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft van verzoeker een aanvraag en een nota ontvangen van een operatie in Duitsland. Vooropgesteld zij dat begrip bestaat voor de situatie van verzoeker en zijn keuze voor zorg in het buitenland. Verzoeker heeft een naturapolis. Dit betekent dat recht bestaat op de zorg zelf. De ziektekostenverzekeraar sluit hiertoe overeenkomsten met zorgaanbieders. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg als gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Alsdan bestaat aanspraak op een door de ziektekostenverzekeraar vast te stellen vergoeding. Indien een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, vergoedt de ziektekostenverzekeraar de kosten van de zorg tot een maximumbedrag, te weten 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief voor de betreffende behandeling. In uitzonderlijke gevallen kan worden afgeweken van de maximumvergoeding van 75%.
- In de onderhavige kwestie is sprake van planbare zorg. Dit betekent dat verzoeker voorafgaande toestemming nodig had voor volledige vergoeding van de behandeling in Gronau. Verzoeker heeft op 12 januari 2015 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar opgenomen. Voor de toepassing van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 is van belang dat eerst op 4 november 2015 door het ziekenhuis in Gronau is verzocht om toestemming. Dit was één dag voordat de daadwerkelijke behandeling zou plaatsvinden. Op zowel 12 januari 2015, tijdens het telefoongesprek, als op 11 november 2015 per brief, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld geen toestemming te verlenen voor de behandeling in Gronau.
- De ziektekostenverzekeraar stelt dat de behandeling van verzoeker tijdig had kunnen plaatsvinden in Nederland. In het telefoongesprek op 12 januari 2015 is hem medegedeeld dat een gecontracteerde zorgaanbieder voor een prostatectomie met een Da Vinci®-robot het Radboud umc is. Indien verzoeker in het extreme geval pas na twaalf weken kon worden behandeld met de Da Vinci®-robot, was dit nog steeds tijdig. Verzoeker is immers pas op 5 november 2015 in Gronau behandeld. Aangezien de behandeling tijdig in Nederland beschikbaar was, is terecht geen toestemming op grond van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 aan verzoeker verleend.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft geen contract met de betreffende zorgaanbieder in Duitsland. Op basis van de nota en informatie die door verzoeker is aangeleverd, is in eerste instantie zorgproductcode 20109037 (declaratiecode 15A080) met omschrijving "*Prostaatmaligniteit | Oper laparoscopisch zeer zwaar/ middel | Zonder lymfklieroperatie | Met VPLD | Nieuwv maligne gesl org/prostaat man*" vastgesteld voor de zorg die in Duitsland heeft plaatsgevonden. Het marktconforme tarief voor deze DOT is € 8.697,95. Volgens de voorwaarden bestaat aanspraak op vergoeding van 75% van dit tarief, hetgeen neerkomt op € 6.523,46. Verzoeker heeft gesteld dat de toegepaste DOT niet correct is, omdat sprake is geweest van verwijdering van lymfeklieren. De ziektekostenverzekeraar heeft dit voorgelegd aan de medisch adviseur en dit heeft ertoe geleid dat een nieuwe DOT is vastgesteld, te weten zorgproductcode 20109039 (declaratiecode 15A082) met omschrijving "*Prostaatmaligniteit | Oper laparoscopisch zeer zwaar/ middel | Met lymfklieroperatie | Met VPLD | Nieuwv maligne gesl org/prostaat man*". Het marktconforme tarief voor deze DOT is € 10.346,77. Als gezegd, bestaat volgens de voorwaarden aanspraak op vergoeding van 75% van dit tarief. Dit is een bedrag van € 7.760,08.
- Aangezien verzoeker reeds een vergoeding had ontvangen van € 6.523,46, is het verschil van € 1.236,62 (€ 7.760,08 - € 6.523,46) aan hem nabetaald.
- Volgens verzoeker is hij er niet op gewezen dat een restitutiekorting van 25% van toepassing is, aangezien hij een naturapolis heeft. De ziektekostenverzekeraar deelt deze mening niet. Tijdens het telefoongesprek van 12 januari 2015 heeft de medewerker van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een restitutiekorting indien hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (het ziekenhuis in Gronau) gaat. Naast dit telefoongesprek heeft verzoeker op 2 oktober 2015 de eerste nota bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Hierop is gereageerd bij brief van 9 oktober 2015, waarin is vermeld dat geen contract is afgesloten met de betreffende zorgaanbieder.

- 5.4. Volgens verzoeker hebben twee contactmomenten met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden, waarbij zou zijn gesproken over een vergoeding van € 10.400,-- en € 10.800,--.
- De ziektekostenverzekeraar twijfelt er niet aan dat (de echtgenote van) verzoeker telefonisch contact heeft opgenomen, maar de gestelde contactmomenten zijn niet te herleiden uit het systeem. Er is één contact voorafgaand aan de behandeling geregistreerd, te weten het telefoongesprek op 12 januari 2015.
- Van een toezegging inhoudende vergoeding van een bepaald bedrag is geen registratie te vinden. Evenmin is een schriftelijke bevestiging gevraagd van een eventuele toezegging. Bij ontbreken van een vastgelegde toezegging kan de ziektekostenverzekeraar geen uitzondering op de voorwaarden maken zonder daarbij andere verzekerden te benadelen. De ziektekostenverzekeraar wijst daarnaast op artikel A26 van de voorwaarden.
- Het is bovendien bekend dat er risico's schuilen in het afgaan op telefonisch ingewonnen informatie. Afgezien van bewijsproblemen, kan het zich altijd voordoen dat bij vrager dan wel beantwoorder een onjuist beeld ontstaat doordat niet alle relevante informatie is gevraagd of verstrekt.
- 5.5. Dat de beslissing van verzoeker heeft geleid tot een aanzienlijke eigen betaling moet naar de mening van de ziektekostenverzekeraar voor rekening en risico van verzoeker blijven, nu verzoeker erop is gewezen dat hij ook naar een gecontracteerde zorgaanbieder kan gaan, terwijl het ziekenhuis in Gronau een niet-gecontracteerde zorgaanbieder betreft en daarom de restitutiekorting van 25% van toepassing is.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat sprake is van planbare zorg, waarvoor toestemming is vereist. Tijdens het telefoongesprek van 12 januari 2015 is geen bedrag toegezegd. Aan verzoeker is medegedeeld dat het Radboud umc een optie was. Met het prostaatcentrum in Gronau is geen contract gesloten. Om die reden wordt bij een naturapolis 75% van het gecontracteerde tarief vergoed. Ten aanzien van de informatie op de website van het prostaatcentrum in Gronau geldt dat de ziektekostenverzekeraar daarop geen invloed heeft. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het Radboud umc voor de onderhavige behandeling was aangewezen. Hoe de indicatie aldaar zou zijn beoordeeld, is thans niet te zeggen.
- Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de gehanteerde DBC passend is, hetgeen door het Zorginstituut wordt onderschreven.
- Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat excuses aan verzoeker zijn aangeboden voor het telefoongesprek inzake de lymfeklierverwijdering. De betreffende medewerkster is hierop ook aangesproken. Tevens heeft een correctie, gevolgd door een nabetaling plaatsgevonden.
- 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 A17 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 primair is gehouden de aanspraak alsnog volledig en subsidiair tot een bedrag van € 10.400,-- 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. Op pagina 30 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Deze passage luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- *onderzoek en diagnostiek,*
 - *behandeling,*
 - *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
 - *laboratoriumonderzoek,*
 - *mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.*
- (...)*

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 (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...) In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. (...)

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapten. (...)

Advies

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming heeft. (...)"

- 8.4. De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld op pagina 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze passage 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 Menzis 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/EERland 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 Menzis 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.
- (...)

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 Menzis nodig. (...)"

- 8.5. Op pagina 6 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering is de situatie beschreven waarin een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze passage luidt, voor zover hier van belang:

"Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, dan vergoedt Menzis de kosten tot een maximumbedrag. Menzis vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Op onze website www.menzis.nl/vergoedingen kunt u hierover meer informatie vinden. U kunt ook bellen met onze FNV/Menzis Klantenservice 088 222 44 44. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.
(...)"

- 8.6. Artikel A26 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

- *Als u Menzis bezoekt of belt en Menzis doet u een mondelinge toezegging, dan kunt u Menzis vragen die toezegging schriftelijk te bevestigen. Een mondelinge toezegging wordt zonder schriftelijke bevestiging geacht niet te zijn gedaan.*
(...)"

- 8.7. Voormelde passages en artikel A26 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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 zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

- 8.9. 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.

8.10. 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 Duitsland, 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.

(De echtgenote van) verzoeker heeft in januari 2015 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar gehad, waarbij is geïnformeerd naar de vergoeding van een prostatectomie (in het prostaatcentrum). Een dergelijke algemene vraag is niet aan te merken als een verzoek om toestemming in het specifieke geval. In het dossier is een aanvraag aanwezig, afkomstig van de administratie van het prostaatcentrum, gedateerd 5 november 2015. Deze aanvraag is per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Echter, op het moment van de aanvraag was verzoeker reeds opgenomen in het prostaatcentrum en 5 november 2015 is tevens de operatiedatum. Al was sprake van een aanvraag, dan heeft te gelden dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar geen redelijke termijn heeft gegund om op het toestemmingsverzoek te reageren. De onderhavige situatie is daarom vergelijkbaar met die waarin voorafgaand aan de behandeling in het geheel geen toestemming is gevraagd. De verordening vindt in dat geval geen toepassing, zodat toetsing moet plaatsvinden aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. De zorgverzekering biedt aanspraak op medisch specialistische zorg. Tussen partijen is niet in geschil dat een prostatectomie met behulp van een Da Vinci®-robot een verzekerde prestatie vormt, en dat verzoeker ten tijde van de ingreep hiervoor een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding.

9.3. De ziektekostenverzekeraar is bij de vaststelling van de vergoeding - in tweede instantie - uitgegaan van zorgproductcode 20109039 met omschrijving "Prostaatmaligniteit | Oper laparoscopisch zeer zwaar/ middel | Met lymfklieroperatie | Met VPLD | Nieuwv maligne gesl org/prostaat man". Dit betreft een zorgproduct uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders', bedroeg het bijbehorende tarief € 7.760,08. Dit betreft 75% van het door de ziektekostenverzekeraar gemiddeld gecontracteerde tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft genoemd bedrag aan verzoeker vergoed, en verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

9.4. De commissie merkt op dat het argument van verzoeker dat de naam van de ziektekostenverzekeraar is vermeld op de website van de zorgaanbieder op de pagina 'Vergoedingen', waardoor de indruk wordt gewekt dat een contract is gesloten tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar, geen doel treft. De ziektekostenverzekeraar kan immers niet worden gebonden aan uitspraken van de zorgaanbieder; hierop heeft hij geen invloed,

terwijl evenmin gesteld of gebleken is dat deze uitlatingen met instemming of medeweten van de ziektekostenverzekeraar zijn geschied. Verzoeker wist, althans behoorde te weten, dat hij een naturapolis heeft afgesloten en dat hij in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorgaanbieders. Via de website en de Klantenservice van de ziektekostenverzekeraar had hij kunnen nagaan welke zorgaanbieders voor welke zorg zijn gecontracteerd. Dat verzoeker hiervan klaarblijkelijk geen gebruik heeft gemaakt, en is afgegaan op de informatie op de website van de zorgaanbieder, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden aangerekend. Voorts had verzoeker, aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden, ermee bekend kunnen zijn dat indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder - zoals in dit geval - maximaal 75% van het gemiddeld door de ziektekostenverzekeraar voor die behandeling gecontracteerde tarief wordt vergoed. Verder merkt de commissie op dat (een vergoeding op basis van) het tarief voor een zorgproduct wordt geacht kostendekkend te zijn. Een eventuele separate vergoeding voor medicijnen, zoals door verzoeker verzocht, is derhalve, mede gelet op het gestelde op pagina 30 van de zorgverzekering, niet aan de orde.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op die grond kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.6. Verzoeker heeft gesteld dat tijdens eerdergenoemd telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd naar de vergoeding van een prostatectomie, en dat hierop is geantwoord dat de vergoeding € 10.400,-- bedraagt. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat op 12 januari 2015 telefonisch contact met (de echtgenote van) verzoeker heeft plaatsgevonden, maar dat van een toezegging, inhoudende een vergoeding van circa € 10.000,-- niet is gebleken. In de door de ziektekostenverzekeraar gemaakte contactregistratie is het volgende opgenomen:

"Vraag: Prostaatkanker geconstateerd (dr. Fossion de uroloog). Nu in het MMC onder behandeling in Veldhoven. Verwijzing van de specialist ligt klaar. Meneer wil naar Gronau, kan dit? Waar kan ik terecht? Wat is een ervaren zkh?"

Antwoord: Gebeld: 12/1 om 9.40 g.g. (wel voicemail ingesproken).

Tel. mevr. (...)

DaVinci Methode

Gronau is niet gecontracteerd voor oncologie en DaVinciRobot.

Radboudumc (...)"

Uit deze registratie blijkt dat is gesproken over de behandeling van prostaatkanker, en de wens van verzoeker om in Gronau te worden behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft - kennelijk - medegedeeld dat het ziekenhuis in Gronau/prostaatcentrum niet is gecontracteerd. Over de hoogte van de vergoeding voor een prostatectomie is niet gesproken, althans dit blijkt niet uit de contactregistratie. Het ligt vervolgens op de weg van verzoeker aannemelijk te maken dat tijdens bedoeld telefoongesprek, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een vergoeding voor een prostatectomie ter hoogte van € 10.400,-- is toegezegd. Verzoeker is hierin niet geslaagd. Verzoeker heeft in dit kader nog aangevoerd dat door het prostaatcentrum hetzelfde bedrag is genoemd als door de ziektekostenverzekeraar, te weten € 10.400,--. Zo een dergelijke uitlating door het prostaatcentrum is gedaan, kan dit als zodanig, zonder bijkomende omstandigheden die hier niet zijn gesteld of gebleken, de ziektekostenverzekeraar niet binden. Hetgeen verder door verzoeker is aangevoerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat zowel het primaire als het subsidiaire verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 januari 2017,



A.I.M. van Mierlo

