

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, EU/EER, robotgeassisteerde prostatectomie
Zaaknummer	: 2008.02076
Zittingsdatum	: 20 mei 2009

Zaak: 2008.02076, geneeskundige zorg, EU/EER, robotgeassisteerde prostatectomie

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

(Voorwaarden Ziektekostenverzekering Buitenland 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 5 juni 2008 de kosten van een robotgeassisteerde prostatectomie, uitgevoerd te Barcelona (Spanje) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Buitenland (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend uroloog heeft bij verzoeker een prostaatacarcinoom gediagnosticeerd. Verzoeker heeft naar aanleiding daarvan bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een laparoscopische radicale prostatectomie met behulp van de Da Vinci robot ten laste van de ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij declaratieoverzicht van 5 juni 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 30 april 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld coulancehalve tot vergoeding van het marktconforme tarief over te gaan, een bedrag van € 8.300,00.
- 3.5. Bij brief van 30 augustus 2008 heeft verzoeker zijn geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 26 november 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar

gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de ziektekostenverzekering in te willen.

- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 6 maart 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 maart 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 24 maart en 23 april 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2009 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij al twee jaar onder behandeling stond van een privé uroloog in Spanje, op verdenking van een te hoog PSA. Hij heeft uiteindelijk een uroloog van de Seguridad Social (het Spaanse socialeverzekeringssysteem) om een onderzoek gevraagd. Tweeëndertig dagen na afname van de biopsie is op 7 april 2008 bij hem een prostaatkarcinoom vastgesteld. Een operatie was noodzakelijk. Gezien de lange wachttijden was dit de eerste maanden niet mogelijk. Bovendien zou een standaard open operatie plaatsvinden, omdat de uroloog van de Seguridad Social geen ervaring heeft met een laparoscopische operatie.
- 4.2. Op dringend advies van de huisarts van verzoeker is verzoeker voor een spoedconsult verwezen naar het Fundació Puigvert ziekenhuis in Barcelona, dat is gespecialiseerd in urologische tumoren. De diagnose prostaatkarcinoom is daar bevestigd en hem is medegedeeld dat een laparoscopische operatie met behulp van de Da Vinci robot zou plaatsvinden.
- 4.3. Verzoeker heeft direct na het stellen van de diagnose in Barcelona, telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hem is toen telefonisch medegedeeld dat hij toestemming zou krijgen voor de operatie en dat, na het opvragen van de gegevens in Barcelona, door de ziektekostenverzekeraar een garantieverklaring zou worden afgegeven.
- 4.4. De garantieverklaring bleek volgens het ziekenhuis in Barcelona te bestaan uit de mededeling dat de operatie te Spanje niet zou worden betaald omdat die te duur werd bevonden. Verzoeker diende een goedkoper alternatief te vinden. Deze stellingname is voor verzoeker onbegrijpelijk. Hij is verplicht verzekerd in Spanje, waar hij onder de Seguridad Social valt. Omdat de kwaliteit van de Seguridad Social nogal te wensen overlaat in bepaalde regio's, waaronder Andalusië, waar verzoeker woont, heeft hij zich bijverzekerd bij de ziektekostenverzekeraar.

- 4.5. Verzoeker kan zich gezien de telefonisch verleende toestemming niet vinden in de hoogte van de vergoeding die hij heeft ontvangen, omdat de kosten voor de operatie € 21.500,00 bedroegen.
- 4.6. Verzoeker stelt dat hij geen kennis heeft kunnen nemen van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering van 2008, omdat hij die nimmer heeft ontvangen.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hem, ondanks uitdrukkelijk verzoek daartoe aan de ziektekostenverzekeraar, nimmer een alternatief is aangeboden voor de behandeling in het Fundació Puigvert ziekenhuis. Om die reden heeft hij de operatie in dit ziekenhuis niet afgezegd.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat met verzoeker een ziektekostenverzekering is afgesloten, waarin in artikel 8.2 de behandeling in een privé-kliniek is uitgesloten, tenzij vooraf schriftelijk toestemming is verleend.
- 5.2. De toestemming die is verleend, heeft betrekking op een behandeling via de Seguridad Social. Het ziekenhuis waar verzoeker is geholpen, behandelt normaliter ook patiënten via de Seguridad Social. Pas uit contacten met de kliniek is gebleken dat het om een behandeling in de private sectie van de kliniek ging. Deze informatie is niet door verzoeker verstrekt tijdens het telefonische contact op 17 april 2008. De ziektekostenverzekeraar heeft zich, gezien de extreem hoge prijzen die door de private sectie worden berekend voor de onderhavige operatie, genoodzaakt gezien hiervoor geen betalingsgarantie af te geven, onder intrekking van de aanvankelijk verleende toestemming. Wel is verzoeker gevraagd mee te werken aan een opname in een ander ziekenhuis, hetgeen deze heeft geweigerd.
Zo verzoeker in het eerste telefonisch contact op 17 april had medegedeeld dat het om een behandeling in de private sectie van het ziekenhuis zou gaan, zou de ziektekostenverzekeraar op dat moment zorgbemiddeling hebben aangeboden.
- 5.3. Op 18 april 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat laatstgenoemde maximaal het in Nederland geldende tarief kan ontvangen. Na ontvangst van de rekeningen is coulancehalve overgegaan tot een vergoeding op grond van het Nederlandse marktconforme tarief. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar zich gebaseerd op DBC-prestatiecode 06.11.02.0044.0333, die in Nederland voor een radicale prostatectomie met behulp van een Da Vinci robot zou zijn vergoed.
- 5.4. Het Clinica Benidorm ziekenhuis, dat door veel Nederlanders wordt bezocht, brengt € 7.200 in rekening voor de onderhavige operatie. Het Nederlandse marktconforme tarief is derhalve ruim voldoende om de kosten die via het sociale zekerheidsstelsel in Spanje worden gemaakt, te dekken. Zoals eerder gesteld is de verzekering niet bedoeld ter dekking van particuliere zorg, waarvan de prijzen onevenredig hoog zijn.
- 5.5. Met betrekking tot de polisvoorwaarden van 2008 stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker beschikt over de voorwaarden van 2006, welke aan verzoeker op diens verzoek eind januari 2006 ter hand zijn gesteld. Deze polisvoorwaarden zijn niet ge-

wijzigd en derhalve nog altijd van toepassing.

- 5.6. Onder overleging van de garantieverklaring die aan de Spaanse privé-kliniek is afgegeven, stelt de ziektekostenverzekeraar dat wel degelijk toestemming is verleend tegen de plaatselijk geldende tarieven. Dat de betreffende kliniek blijkbaar niet bereid is geweest om verzoeker te behandelen volgens de wettelijke en gangbare tarieven in Spanje als semi-private patiënt in een ziekenhuis, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker uitdrukkelijk te kennen heeft gegeven dat hij zich uitsluitend in het Fundació Puigvert ziekenhuis te Barcelona wenste te laten behandelen, hetgeen in zijn brief van 26 november 2008 wordt bevestigd. Om die reden is door de alarmcentrale in Spanje de bemiddeling naar een ander ziekenhuis gestaakt.
- 5.8. Voorts deelt de ziektekostenverzekeraar ter zitting mede de maximaal toegezegde vergoeding van € 8.300,-- te verhogen naar € 9.000,--.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker op grond van de aanvullende verzekering voor de door hem in Spanje ondergane radicale prostatectomie met behulp van de Da Vinci robot een hogere vergoeding kan krijgen dan de het door de ziektekostenverzekeraar uitgekeerde bedrag van € 7.854,70.

Ten aanzien van de particuliere ziektekostenverzekering

- 7.2. De aanspraak op (vergoeding van) de onderhavige zorg in het buitenland is geregeld in artikelen 1, 7, 11 en 12 van de particuliere ziektekostenverzekering.

Artikel 1 bepaalt voor zover hier van belang:

"De [naam] Zorgverzekering Buitenland geeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten voor zorg zoals vermeld staat in artikel 11 en 12 van deze polisvoorwaarden. Als u conform de gegevens op uw polisblad een [naam] Zorgverzekering Buitenland Basis heeft gesloten, dan is artikel 11 van deze polisvoorwaarden voor u van toepassing. Heeft u conform de gegevens op uw polisblad een [naam] Zorgverzekering Buitenland Totaal gesloten, dan zijn artikel 11 en 12 van deze polisvoorwaarden voor u van toepassing. (...)"

Artikel 7 bepaalt in lid 4 met betrekking tot de grondslag van de vergoeding, voor zover van belang, het volgende:

"4. Grondslag van de vergoeding

Zorg in Nederland

Kosten van medische zorg in Nederland vergoedt [de ziektekostenverzekeraar] op basis van het door of namens [de ziektekostenverzekeraar] met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen vergoedt [de ziektekostenverzekeraar] de kosten tot maximaal het op grond van de WMG vastgestelde tarief. Als voor een zorgvorm geen WMG tarief geldt of als met de desbetreffende zorgverlener geen bedrag is overeengekomen, vindt vergoeding plaats tot maximaal het voor Nederland geldende marktconforme bedrag.

(...)

Zorg in uw woonland

Kosten van medische zorg in uw woonland vergoedt [de ziektekostenverzekeraar] tot maximaal de in uw woonland van toepassing zijnde wettelijk vastgestelde tarieven. Als voor een zorgvorm geen wettelijk tarief is vastgesteld vindt vergoeding plaats tot maximaal het voor uw woonland geldende marktconforme bedrag."

Artikel 8 bepaalt met betrekking tot de uitsluitingen in lid 1 onder 2:

"1. Geen aanspraak op vergoeding van kosten

U heeft geen recht op vergoeding van kosten:

(...)

2. voor behandeling en opname in een privé-kliniek tenzij vooraf schriftelijke toestemming door de [de ziektekostenverzekeraar] Hulpdienst is verleend;

(...)"

Met betrekking tot de aanspraak zelf, bepaalt artikel 11 lid 2, voor zover hier relevant:

"2. Opname

U heeft recht op vergoeding van de kosten voor:

a. verpleging in een ziekenhuis in Nederland;

b. verpleging in een ziekenhuis in uw woonland volgens het tarief van de ziekenhuis-klasse waarin de verpleging heeft plaatsgevonden tot maximaal de semi-private klasse;

c. medisch-specialistische en kaakchirurgische zorg;

d. bijkomende kosten.

(...)

Voorwaarde:

Voorafgaande schriftelijke toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] is noodzakelijk. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een behandelplan waarin de aard en complexiteit van de stoornis of beperking is vermeld, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling."

Artikel 14 ziet op de definities van onder meer:

"Semi-Private

ziekenhuisaccommodatie waarbij u met minimaal twee personen op één kamer wordt verpleegd;

ziekenhuis

een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten of een hiermee gelijk te stellen inrichting in het buitenland. Hieronder wordt in elk geval niet verstaan een verpleeginrichting, kuur-, herstellings- of rustoord, internaat, dagverblijf voor ge-

handicapten, vakantiekolonie, privé-kliniek/- zelfstandig behandelcentrum en dergelijke;”

- 7.3. De vraag naar de verzekerde prestatie, de indicatie en de doelmatigheid van de onderhavige behandeling is in deze beantwoord, nu de ziektekostenverzekeraar bij brief van 3 juli 2008 is overgegaan tot vergoeding van de onderhavige operatie. Rest de vraag naar de hoogte van de vergoeding. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.4. Artikel 8 lid 1 onder 2 van de ziektekostenverzekering bepaalt dat aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg is uitgesloten indien de behandeling plaatsvindt in een privé-ziekenhuis, tenzij vooraf schriftelijk toestemming is verleend door de Hulpdienst van de ziektekostenverzekeraar. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar desondanks aan de kliniek een garantieverklaring heeft afgegeven voor vergoeding van de kosten tot de plaatselijk geldende tarieven voor ingezetenen. Het ziekenhuis heeft hiermee geen genoegen genomen en heeft geweigerd verzoeker voor dat tarief te behandelen. Hoewel de commissie begrip heeft voor de situatie van verzoeker kan op grond van de polisvoorwaarden van de ziektekostenverzekering geen aanspraak op een hogere vergoeding worden ontleend dan het in Spanje geldende wettelijke tarief.
- 7.5. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat hem op 17 april 2008 telefonisch mondeling toestemming is verleend. De commissie overweegt in deze dat artikel 8 lid 1 onder 2 een vormvereiste bevat. Het artikel bepaalt dat toestemming schriftelijk dient te geschieden, aan welke voorwaarde bij machtiging van 17 april 2008 is voldaan. De vraag is vervolgens welke gevolgen dit laatste met zich brengt voor de vergoeding.
- 7.6. Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding stelt de commissie vast dat de ziektekostenverzekeraar met het afgeven van de garantieverklaring in ieder geval te kennen heeft gegeven het in Spanje geldende tarief voor ingezetenen te willen vergoeden. Aangezien Spanje geen vaste wettelijke tarieven voor zorg kent, omdat het Spaanse socialezekerheidssysteem is gebaseerd op overeenkomsten tussen ziekenhuizen en instellingen enerzijds en de overheid anderzijds, en voorts de ziektekostenverzekeraar bekend is met de tarieven die elders in Spanje gelegen ziekenhuizen voor deze operatie in rekening brengen aan de ingezetenen - tarieven die overigens lager zijn dan de in Nederland geldende tarieven voor de onderhavige operatie - is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar vervolgens, met het willen vergoeden van de onderhavige operatie tegen het Nederlandse tarief, de voorwaarden van de ziektekostenverzekering ruimschoots heeft nageleefd.
- 7.7. Waar verzoeker stelt (en door de ziektekostenverzekeraar niet wordt weersproken, zoals blijkt uit de brief van 9 maart 2009) dat hem telefonisch een toezegging is gedaan door een, niet bij naam genoemde, helpdeskmedewerker, dat toestemming zou worden verleend voor de onderhavige operatie in de privé kliniek, en dat, na het opvragen van de gegevens in Barcelona, door de ziektekostenverzekeraar een garantieverklaring zou worden afgegeven, oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar deze telefonische toezegging met de afgifte van de garantieverklaring van 17 april 2008 is nagekomen. Niet gebleken is dat verzoeker tijdens het aangehaalde telefoongesprek is toegezegd dan wel op enigerlei wijze in het vooruitzicht is gesteld dat de kosten volledig zouden worden vergoed.

- 7.8. Voorzover verzoeker met zijn mededeling dat hij de polisvoorwaarden 2008 niet heeft ontvangen zich er op heeft willen beroepen dat het destijds onbekend was met de (actuele) polisvoorwaarden, faalt naar het oordeel van de commissie een dergelijk beroep reeds om de reden dat - naar de ziektekostenverzekeraar onweersproken heeft gesteld - verzoeker de polisvoorwaarden 2006 na het aangaan van de verzekering zijn toegezonden en die polisvoorwaarden nadien niet zijn gewijzigd.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 juni 2009,

Voorzitter