



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, prostatectomie met DaVinci®-robot,  
hoogte vergoeding, telefonische toezegging  
Zaaknummer : 201400035  
Zittingsdatum : 17 september 2014

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

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

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Polis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Uitgebreid en Tandartsverzekering Totaal afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat deze verzekering verder onbesproken kan blijven.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een prostatectomie met behulp van een DaVinci®-robot, uit te voeren te Gronau, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 8 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 10.042,--, wordt ingewilligd.


3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 28 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.


3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij e-mailbericht van 7 mei 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een bedrag van € 13.040,-- in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 brief van 7 augustus 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 augustus 2014 aan verzoeker gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 september 2014 in persoon gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Bij verzoeker is prostaatanker geconstateerd. Hij heeft gezocht naar een goede behandeling, die hij heeft gevonden in Gronau. Het ziekenhuis aldaar heeft al vanaf 2006 ruime ervaring met de prostatectomie met behulp van een DaVinci®-robot. Verzoeker heeft daar een gesprek gehad met een chef-arts, die al ruim 1.500 van deze ingrepen heeft uitgevoerd. Deze arts spreekt vloeiend Nederlands, zodat het gemakkelijk is met hem te communiceren.


 4.2. Verzoeker heeft een begroting opgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar, met de vraag of deze kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Op 31 oktober 2013 heeft hij hierover telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid hij de medewerker die hij aan de lijn kreeg heeft medegedeeld dat hij zou verblijven op een tweepersoonskamer, en geopereerd zou worden door de chef-arts, die een hoger honorarium rekent. Door de betreffende medewerker is toen gezegd dat een bedrag van € 13.040,-- zou worden vergoed, zodat slechts € 29,-- voor rekening van verzoeker zou blijven.


 4.3. Op 8 november 2013 ontving verzoeker een e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar, waarin hem werd medegedeeld dat de maximale vergoeding voor deze ingreep € 10.042,-- is. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar niet mag terugkomen op de telefonisch gedane toezegging dat een bedrag van € 13.040,-- wordt vergoed. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat hij ten tijde van deze toezegging niet beschikte over de juiste informatie treft geen doel. Uit de ingezonden begroting blijkt dat het gaat om een tweepersoonskamer en een chef-arts, en dit valt tevens op te maken uit de door verzoeker op 25 oktober 2013 bij de begroting opgestelde e-mail.

 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald.

 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. De ziektekostenverzekeraar heeft een contract afgesloten met het ziekenhuis in Gronau. Één van de onderdelen van dit contract vormt de prostatectomie met behulp van een DaVinci®-robot. Met het ziekenhuis is afgesproken dat deze ingreep niet meer dan € 10.042,-- mag kosten. In deze vergoeding zijn alle medisch noodzakelijke kosten begrepen. In de door verzoeker ingediende begroting wordt echter een bedrag genoemd van € 13.069,--. Het verschil wordt veroorzaakt door de kosten van een tweepersoonskamer en de operatie door een chef-arts.

 5.2. Uit de notities van de gevoerde telefoongesprekken blijkt dat op 31 oktober 2013 is gezegd dat een vergoeding zou worden verleend van € 13.040,--, en dat verzoeker bij het ziekenhuis diende na te gaan of de nota de juiste gegevens bevatte, zodat hij achteraf niet voor verrassingen zou komen te staan. Op dat moment beschikte de medewerker echter niet over alle gegevens. Bovendien is deze vergissing rechtgezet op 8 november 2013, door het sturen van een e-mailbericht aan verzoeker met daarin de juiste vergoeding. De ingreep heeft pas in december 2013 plaatsgevonden, zodat verzoeker op basis van de toezegging geen kosten heeft gemaakt.

De ziektekostenverzekeraar acht zich hieraan dan ook niet gebonden, en is van mening dat verzoeker de kosten voor de chef-arts en de tweepersoonskamer - die niet medisch noodzakelijk zijn - zelf dient te dragen.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 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 ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een bedrag van € 13.040,-- in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

***“Omschrijving***

*U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)*”

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

***“9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland***

*Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland hebt u voor zorg recht op:*

*– zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*

*– vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*  
*– vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. (...)*”

8.5. De artikelen 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 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 gereuleerde 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.
- 8.8. 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
- 9.1. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, gegaan om daar de onderhavige behandeling te ondergaan. Er is derhalve sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende aanvraag niet getoetst aan genoemde verordening en heeft zich niet erop beroepen dat de onderhavige of daarmee vergelijkbare zorg tijdig in Nederland beschikbaar is. Consequentie hiervan zou moeten zijn dat de ziektekostenverzekeraar dient te tarifieren. Aangezien het niet vergoedde deel echter betrekking heeft op extra kosten vanwege verblijf in een tweepersoonskamer en behandeling door een chef-arts, en deze kosten ook onder de Duitse sociale ziektekostenverzekering niet zijn gedekt, kan tarifiering achterwege blijven.
- 9.3. Het gecontracteerde tarief voor deze ingreep bedraagt € 10.042,--. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden kan worden aan het telefoongesprek van 31 oktober 2013, waarbij verzoeker door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar is medegedeeld dat het gecontracteerde tarief voor deze ingreep € 13.040,-- bedraagt. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. Vast staat dat de informatie die op 31 oktober 2013 aan verzoeker is verstrekt onjuist is. Vast staat tevens dat het gecontracteerde tarief niet € 13.040,-- maar € 10.042,-- bedraagt. Ook was uit de eerder door verzoeker opgestuurde begroting op te maken dat kosten in rekening worden gebracht

voor de chef-arts en het verblijf op een tweepersoonskamer, namelijk uit de zinsnede "*inklusive Unterbringung im 2-Bett-Zimmer & Ärztliche Leistungen (GOÄ)*".

De onjuiste mededeling van de medewerker is acht dagen later, op 8 november 2013, door de ziektekostenverzekeraar rechtgezet met een e-mailbericht. Verzoeker heeft naar aanleiding hiervan met de ziektekostenverzekeraar gebeld, bij welke gelegenheid hem opnieuw de juiste informatie is verstrekt. Bij e-mailbericht van 28 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker nogmaals geïnformeerd over de vergoeding, en zijn excuses aangeboden voor de onjuiste informatie van 31 oktober 2013. Eerst op 2 december 2013 is verzoeker geopereerd. Hij was derhalve ten tijde van de ingreep op de hoogte van de (juiste) vergoeding die door de ziektekostenverzekeraar werd betaald, en dat de meerkosten waren gelegen in de operatie door de chef-arts en het verblijf op een tweepersoonskamer. Het stond de ziektekostenverzekeraar in de omstandigheden van het onderhavige geval nog vrij om de eerdere onjuiste mededeling recht te zetten. De vergoeding van € 10.042,-- is derhalve terecht verleend.

### Conclusie

9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 oktober 2014,

Voorzitter