

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, robotgeassisteerde prostatectomie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2011.01235
Zittingsdatum : 21 december 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beiden te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (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 Vrije Keuze Topfit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tandfit Module D is niet in geschil en blijft derhalve onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de kosten van een robotgeassisteerde prostatectomie, ter hoogte van € 13.560,-, uitgevoerd te Gronau (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij telefonisch contact van 31 maart 2011, welk contact per e-mail is bevestigd, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 27 april 2011 en brief van 11 mei 2011 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 brief van 31 augustus 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 ad € 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 6 oktober 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 oktober 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 november 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 december 2011 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 26 oktober 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011111155) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker enkel recht heeft op gedeeltelijke vergoeding van de behandeling, en wel conform het bij DBC (prestatie)code 06110100400333 behorende tarief. Van een medische noodzaak voor verblijf in een éénpersoonskamer is niet gebleken. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 30 november 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 21 december 2011 telefonisch gehoord, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 27 december 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 10 januari 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Op 31 mei 2011 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt plaatsgevonden.
- 4.2. Bij verzoeker is prostaatkanker vastgesteld. Aangezien hij geen vertrouwen had in Nederlandse ziekenhuizen, heeft hij op 18 maart 2011 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en een en ander uitgelegd. Bij dit contact heeft de ziektekostenverzekeraar voorgesteld de behandeling te laten uitvoeren in het St. Antonius ziekenhuis te Gronau (Duitsland), gezien de aldaar aanwezige expertise. Over een beperkte vergoeding is bij die gelegenheid niet gesproken. Daarna werd verzoeker doorverbonden met het Zorg Loket Duitsland, en werd een afspraak ingepland voor het eerste onderzoek op 30 maart 2011.

- 4.3. Verzoeker stelt dat hij voorafgaand aan het onderzoek niet op de hoogte is gesteld van het feit dat de kosten van de prostatectomie niet volledig worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hem doorverwezen naar Duitsland, en heeft hem niet gewezen op mogelijke extra kosten. De kosten van de prostatectomie ten bedrage van € 13.560,-- dienen daarom volledig te worden vergoed.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hem eerst op 30 maart 2011 in het ziekenhuis is verteld dat niet alle kosten zouden worden vergoed. Omdat de arts in Duitsland de beste specialist op dit terrein is, heeft hij besloten de operatie desondanks te laten uitvoeren. Volgens de polisvoorwaarden mocht hij die keuze ook maken. Verzoeker stelt dat hij, omdat hij door deze arts wilde worden behandeld, niet de mogelijkheid had af te zien van klassenverpleging. Overigens zou hij, indien hij bekend was geweest met het kostenaspect, de operatie toch hebben laten uitvoeren. Verzoeker verklaart dat de gehele gang van zaken hem tegenvalt van de ziektekostenverzekeraar. Tot slot stelt verzoeker dat de robotgeassisteerde operatie perfect is verlopen, en het resultaat zeer bevredigend is.
- 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 stelt dat verzoeker op 31 maart 2011 telefonisch is medegedeeld dat de behandeling in Gronau akkoord is tot maximaal het in Nederland geldende tarief. De – extra – kosten voor behandeling door een chef-arts en verblijf in een éénpersoonskamer komen niet voor vergoeding in aanmerking. Dit is per e-mail van dezelfde datum aan verzoeker bevestigd. Dit e-mailbericht is naar aanleiding van een telefonisch contact van 7 april 2011 op die datum nogmaals aan verzoeker gezonden.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker voorafgaand aan de behandeling juist is geïnformeerd. Met het St. Antonius ziekenhuis te Gronau is een prijsafsprake gemaakt. Om die reden is geen DBC-tarief van toepassing. De maximale vergoeding voor een robotgeassisteerde prostatectomie bedraagt op grond van deze afspraak € 9.894,--.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is 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 is gehouden de aanspraak alsnog 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 26 van 'Deel B' van de zorgverzekering. Artikel 5 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg.

(...)

Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

[naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt [naam ziektekostenverzekeraar] de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

(...)"

Artikel 25 van 'Deel B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

lid 1

U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. [naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

lid 2

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:

1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of

2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. [Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

(...)"

Artikel 1 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt:

"(...)

Lid 2

[naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten tot maximaal:

- 1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op het moment van behandeling, of*
- 2. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)"*

- 8.3. De artikelen 5 en 25 van 'Deel B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van 'Deel A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 18 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de vergoeding van kosten van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"[naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de hierna omschreven kosten van geneeskundige zorg in het buitenland.

(...)

lid 2 Voorziene behandelingen

[naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten:

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de Basisverzekering, als de zorg is verleend in een door [naam ziektekostenverzekeraar] erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Een overzicht van de erkende ziekenhuizen kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op [website ziektekostenverzekeraar].*
 - die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.*
- (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot gedeeltelijke vergoeding van de onderhavige behandeling is de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoeker voor deze behandeling een indicatie heeft, bevestigend beantwoord. Enkel de hoogte van de vergoeding houdt partijen verdeeld. Verzoeker meent aanspraak te hebben op volledige vergoeding, terwijl de ziektekostenverzekeraar van mening is dat de kosten voor behandeling door een chef-arts en het verblijf in een éénpersoonskamer voor rekening van verzoeker dienen te blijven.

- 9.2. Tussen partijen staat niet ter discussie dat de onderhavige zorg tijdig in Nederland kon worden geleverd, en dat het verzoekers uitdrukkelijke wens was niet in een Nederlands ziekenhuis te worden behandeld. Hieruit volgt dat de hoogte van de vergoeding moet worden bepaald aan de hand van artikel 25 en artikel 1 van 'Deel B' van de zorgverzekering. Bij de in het geding zijnde ingreep hoort DBC (prestatie)code 06110100400333. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. Het tarief dat de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken met het St. Antonius Hospital Gronau GmbH voor de betreffende behandeling is € 9.894,--. Dit bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker vergoed.
- 9.3. Het totaalbedrag dat verzoeker door het ziekenhuis in rekening is gebracht bedraagt € 13.560,--. Een gedeelte hiervan, te weten € 3.666,-- betreft meerkosten voor behandeling door een chef-arts en verblijf in een éénpersoonskamer. Deze kosten – berekend in de vorm van een toeslag – zijn voor verzoekers rekening gebleven. Meerkosten in verband met behandeling door een chef-arts en verblijf in een éénpersoonskamer komen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. De commissie begrijpt dat, indien de ziektekostenverzekeraar verzoeker – zoals door hem is gesteld – tijdens het telefonisch onderhoud op 31 maart 2011 inderdaad niet volledig heeft geïnformeerd over de kosten die voor zijn rekening blijven, dit ergernis opwekt. Voor zover verzoeker met zijn stelling beoogt een beroep te doen op gewekt vertrouwen, kan dit hem echter niet baten. In de eerste plaats niet omdat door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat zijn vraagstelling hierop was gericht. Daarentegen is door de ziektekostenverzekeraar een telefoonnotitie overgelegd waaruit blijkt dat de kosten van de prostatectomie voor vergoeding in aanmerking komen tot eerdergenoemd maximum en dat de overige kosten niet worden vergoed. Daarnaast is gebleken dat verzoeker, voorafgaand aan de behandeling, door het ziekenhuis volledig over de financiële consequenties is geïnformeerd, gelet op de in het dossier aanwezige Kostenvorschlag van 30 maart 2011. Dit stuk is door verzoeker ondertekend ten blijke van zijn instemming met de inhoud hiervan en hierin wordt met zoveel woorden opgemerkt: "Die Höhe des Eigenanteils beträgt € 3.666,--". Op het moment van ondertekening had verzoeker nog kunnen beslissen af te zien van de operatie, nu deze op 31 mei 2011 zou plaatsvinden.
- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar terecht is overgaan tot vergoeding van de behandeling tot maximaal € 9.894,--, en dat eerdergenoemd bedrag van € 3.666,-- voor rekening van verzoeker blijft.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt noch dekking voor vergoeding van de kosten van een prostatectomie, noch voor in het buitenland gemaakte (meer)kosten, zodat het verzoek ook op basis van deze verzekering niet kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 januari 2012,

Voorzitter