

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E  
te F  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, robotgeassisteerde  
prostatectomie, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 2011.02942  
Zittingsdatum : 29 augustus 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo 883/2004, art. 56 VWEU)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,

tegen

E te F, hierna 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 het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket, variant Natura (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 Basisaanvullende regeling afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 de kosten van een robotgeassisteerde prostatectomie, uitgevoerd te Gronau (Duitsland) (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat een bedrag van € 2.985,90 niet wordt vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 december 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 21 mei 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juli 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 juli 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 12 juli 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 augustus 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012086529) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd. Wel moet worden onderzocht of het door de ziektekostenverzekeraar vergoede bedrag inclusief het specialistenhonorarium is en of in het door het ziekenhuis extra aan verzoeker in rekening gebrachte bedrag prestaties zijn opgenomen die al onder de verplichtingen voor de DBC gelden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Na de hoorzitting zijn door de commissie aan de ziektekostenverzekeraar aanvullende vragen gesteld. Bij brief van 30 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar deze vragen beantwoord. Een afschrift van deze brief is aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 21 september 2012 heeft verzoeker gereageerd. Een afschrift van deze brief is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. Bij brief van 1 oktober 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 3 oktober 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen 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 29 december 2010 is bij verzoeker een prostaatacarcinoom gediagnosticeerd. Op advies van de huisarts en naar aanleiding van ervaringen van derden heeft verzoeker zich gewend tot het ziekenhuis in Gronau. Aldaar is een robotgeassisteerde prostatectomie uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft slechts een deel van de kosten vergoed. Een bedrag van € 2.985,90 blijft voor rekening van verzoeker. Verzoeker vindt dit vreemd, omdat de kosten bij een ingreep in een Nederlands ziekenhuis geheel zouden zijn vergoed. Dit terwijl verzoeker vrij is in de keuze van zijn arts.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de resterende kosten niet worden vergoed, omdat het zou gaan om de kosten van verblijf op een eerste klas kamer,

doch zulks is onjuist omdat, gelet op de nota, deze kosten grotendeels zien op het honorarium van de behandelend arts.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij voorafgaand aan de ingreep telefonisch en schriftelijk toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Verder heeft verzoeker benadrukt dat de keuze voor deze arts meerkosten met zich brengt, die niet voorkomen hadden kunnen worden. Men dient het gehele 'pakket' van deze arts af te nemen. Het is verzoeker voorts bekend dat het AVL in Amsterdam een hogere prijs berekent voor dezelfde ingreep dan de arts in Gronau. Over de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat in het ziekenhuis een formulier moet worden ondertekend voor het in rekening brengen van meerkosten, merkt verzoeker op dat de taalbarrière en de stress van de operatie een probleem vormden om goed te weten wat werd ondertekend.
- 4.4. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 30 augustus 2012 heeft verzoeker aangevoerd dat uit een beleidsregel van de Nza volgt dat vergoeding van gecontracteerde zorg geen belemmering mag vormen voor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg. Dit betekent dat de vergoeding vrijwel volledig moet zijn en selectief contracteren zinloos is. Verder betwijfelt verzoeker of het door het AVL op zijn website genoemde tarief een passantentarief betreft.
- 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 met het door verzoeker bezochte ziekenhuis in Gronau. Daarbij is afgesproken dat voor een robotgeassisteerde prostatectomie een maximale vergoeding wordt verleend van € 9.894,--. Deze vergoeding is aan het ziekenhuis betaald. Uit contact met het ziekenhuis is gebleken dat verzoeker zelf ervoor heeft gekozen eerste klas te worden verpleegd. Alle tarieven zijn daarom op basis van eerste klas. Dit is de reden dat een bedrag van € 2.982,90 voor rekening van verzoeker blijft. Verzoeker was hiervan voorafgaand aan de operatie op de hoogte.
  - 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de meerkosten van onder andere een eenpersoonskamer voor rekening van verzoeker blijven. Hiervoor moet in het ziekenhuis een formulier worden ondertekend, dat is opgesteld in de Nederlandse taal.
  - 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft na afloop van de zitting bij brief van 30 augustus 2012 medegedeeld dat het door verzoeker genoemde tarief van het AVL een passantentarief betreft, dat alleen in rekening wordt gebracht indien de zorgverzekeraar van de verzekerde geen contract heeft gesloten met het ziekenhuis. Aangezien het gaat om een behandeling uit het B-segment en de ziektekostenverzekeraar met het ziekenhuis in Gronau afspraken heeft gemaakt, zijn verstrekking van een S2-formulier en tarifiering niet aan de orde.
  - 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, 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 13 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 geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)”*

- 8.4. Artikel 33 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op verblijf en luidt, voor zover hier van belang:

*“Omschrijving:*

*u hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van maximaal 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)”*

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

*“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:*

- *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;*
- *zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*

- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

*Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)*

- 8.6. De artikelen 9, 13 en 33 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.10 Bzv regelt de aanspraak op verblijf.
- 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 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.
- 8.9. Artikel 20 van Vo 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. Niet in geschil is dat een robotgeassisteerde prostatectomie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.

- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de ingreep toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft hem daarop bij brief van 28 juni 2011 medegedeeld dat het niet nodig was toestemming te vragen, omdat met het ziekenhuis in Gronau een overeenkomst is gesloten. Verder werd hem medegedeeld dat de kosten van het gebruik van televisie, telefoon en een eerste of tweede klas kamer niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten te toetsen of in het kader van artikel 20 van Vo 883/2004 aan verzoeker een S2-formulier had moeten worden verstrekt, terwijl dit, gelet op de jurisprudentie van het Europese Hof, wel had moeten gebeuren. Het gegeven dat de instelling door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, doet aan de bestaande aanspraken uit hoofde van de verordening niet toe of af. Dit geldt temeer nu de stelling verzoekster is dat een deel van de niet-vergoede kosten ziet op honoraria; kosten derhalve die mogelijk wel op basis van de Duitse sociale ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Aangezien bedoeld formulier slechts op bepaalde gronden mag worden geweigerd, en de ziektekostenverzekeraar zich in de brief van 28 juni 2011 niet op deze gronden heeft beroepen, is sprake van een onterechte weigering het formulier af te geven. Dit leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar alsnog dient over te gaan tot tarifiering. Indien het tarief volgens de Duitse sociale ziektekostenverzekering lager is dan het Nederlandse tarief, dan wel in Duitsland geen vergoeding mogelijk is, moet op basis van artikel 56 van het Verdrag inzake de Werking van de Europese Unie (VWEU) worden aangevuld tot het niveau waarop op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering recht bestaat. Op grond hiervan bestaat aanspraak op het door de ziektekostenverzekeraar met de instelling overeengekomen tarief van € 9.894,--.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een robotgeassisteerde prostatectomie, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

#### **Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

#### **10. Het bindend advies**

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 31 oktober 2012,

Voorzitter