



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en Zilveren Kruis Ziektelastenverzekeringen N.V. te Amersfoort

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

Zaaknummer : 201700484

Zittingsdatum : 7 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 20 Vo.nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
  - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort
- 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 grond van de verzekering Basis Zeker (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 Basis Plus Module afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 30 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor voornoemde ingreep een bedrag van € 9.269,03 wordt vergoed. Hierop wordt € 311,09 in mindering gebracht in verband met het nog openstaande eigen risico 2016. De netto vergoeding bedraagt derhalve € 8.957,94.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 9 september 2016 en 11 oktober 2016 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 20 augustus 2017 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 december 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 december 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 januari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 18 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017057619) 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 passende DBC is gehanteerd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 18 januari 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 7 februari 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 9 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota van verzoeker gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de pleitnota van verzoeker aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 februari 2018 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft op de vraag van de commissie, of in Gronau tijdens de operatie wordt gekeken of nog weefsel aanwezig is dat tumorcellen bevat, en of dit in Nederland pas achteraf gebeurt, geantwoord dat deze vraag de inhoud van de zorg betreft. Hoe het ook zij, in principe betreft het verzekerde zorg die voor vergoeding in aanmerking komt. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC blijft passend. Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek.  
Een afschrift van dit advies is op 20 februari 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 27 februari 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

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

- 4.1. Bij verzoeker is in 2016 een kwaadaardig prostaat adenocarcinoom ontdekt. Daarom diende hij een prostatectomie te ondergaan. Aangezien bij deze ingreep de kans op restklachten in de vorm van incontinentie en impotentie zeer groot zijn, heeft de behandelend arts verzoeker op zijn verzoek doorverwezen naar de gespecialiseerde kliniek in Gronau waar hij met behulp van de Da Vinci®-robot kon worden geopereerd.
- 4.2. Verzoeker benadrukt dat de betreffende behandeling in Nederland niet beschikbaar is. Daarom moet deze worden beschouwd als "expertise" en moeten de kosten hiervan volledig worden vergoed. In Gronau worden de zenuwen namelijk zoveel mogelijk gespaard doordat tijdens de operatie door middel van pathologisch onderzoek de grenzen worden vastgesteld. Hierdoor is de kans op incontinentie en impotentie na de operatie significant lager. Bij verzoeker is 85 percent van de zenuwen gespaard gebleven.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat in Nederland ook met de Da Vinci®-robot wordt geopereerd. Dit is een stap in de goede richting, maar naar de mening van verzoeker "maakt [dit] van de behandeling nog geen expertise". Volgens de behandelend arts te Gronau behoort de behandeling aldaar wel degelijk tot een expertise die op weinig andere plaatsen voorhanden is.

Verzoeker merkt hierbij op dat andere Nederlandse zorgverzekeraars deze behandeling wel als "expertise" beschouwen.

In Nederland bestaat de wens om twee of drie ziekenhuizen aan te wijzen voor de betreffende behandeling, waardoor meer ervaring en een betere kwaliteit kan worden opgebouwd. Uit publicaties is gebleken dat de huidige kwaliteitsnorm van ongeveer twintig behandelingen per medisch specialist per jaar aantoonbaar ontoereikend is om deskundigheid en vakmanschap te ontwikkelen.

4.4. Verzoeker begrijpt dat de hoogte van de vergoeding is gebaseerd op het Nederlandse systeem, en de gangbare kosten voor een dergelijke behandeling in Nederland. Hij begrijpt daarentegen niet dat voor een significant betere behandeling slechts 75 percent wordt vergoed van hetgeen gemiddeld in Nederland wordt betaald. Verzoeker is uiteraard verantwoordelijk voor zijn keuze, maar hij verwacht van de ziektekostenverzekeraar dat deze staat voor de beste zorg en dat hij de kosten hiervan vergoedt conform de polisvoorwaarden. Verzoeker merkt hierbij op dat de ziektekostenverzekeraar hiervan niet slechter wordt. Hij verwijst in dit verband naar de kosten, verbonden aan zowel de fysieke (blijvende incontinentie) als de psychische (incontinentie en impotentie) gevolgen van operaties waarbij de zenuwen preventief worden verwijderd, of moeten worden verwijderd omdat geen pathologische deskundigheid ter assistentie wordt ingezet.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de behandelend chirurg 80 percent van de zenuwen heeft weten te sparen. Drie maanden ná de operatie was verzoeker weer volledig functioneel. Hij benadrukt dat hij niet incontinent of impotent is geworden door de ingreep. Bij de operatie is vastgesteld dat het carcinoom de hoogste vorm van agressiviteit had (gleason 9) en al door het kapsel was gegroeid.

Anders dan de ziektekostenverzekeraar is verzoeker van mening dat de expertise voor deze behandeling in Nederland niet beschikbaar was. Hij verwijst hierbij ook naar een stuk van de ziektekostenverzekeraar van 15 juli 2016, waarin wordt gepleit voor behandeling in super gespecialiseerde centra en waarin wordt verwezen naar de goede resultaten die in het buitenland worden behaald. Het doel van dit initiatief is dezelfde kwaliteitsstandaard te bereiken als elders in Europa wordt bereikt, zodat complicaties worden voorkomen.

Verzoeker heeft grote moeite met de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de beschikbaarheid van pathologisch onderzoek tijdens de operatie niet ertoe leidt dat sprake is van een expertisebehandeling.

4.6. Verzoeker heeft bij brief van 27 februari 2018 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Verzoeker stelt dat voornoemd advies bevestigt dat het Zorginstituut aan zijn standpunt - dat het gaat om zorg die in Nederland niet aanwezig was - voorbij wordt gegaan.

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

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg in het buitenland op basis van de hiervoor in Nederland geldende tarieven. Indien de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, bedraagt de vergoeding 75 percent van voornoemd tarieven.

Voor de onderhavige ingreep wordt in Nederland het volgende zorgproduct gehanteerd: 020109039/15A082 met omschrijving '*prostaatmaligniteit/operatie laparoscopisch/zeer zwaar/middel met lymfklieroperatie en verpleegligdagen*'. Het gemiddeld gecontracteerde tarief voor dit zorgproduct is € 12.327,81. Aangezien het ziekenhuis te Gronau niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, bedraagt de vergoeding 75 percent van € 12.327,81, dit is € 9.269,03.

5.2. De prostaatoperatie in Gronau is geen expertisebehandeling. Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die in Nederland niet beschikbaar is of niet kan worden uitgevoerd en waar de verzekerde redelijkerwijs op is aangewezen. Voor een dergelijke behandeling

dient de verzekerde altijd te zijn doorverwezen door een medisch specialist uit een academisch ziekenhuis of een medisch specialist die in Nederland in het vakgebied als autoriteit bekend staat. Aan deze voorwaarden voldoet verzoeker niet. Verzoeker heeft zelf, om begrijpelijke redenen, voor behandeling in Gronau gekozen. Voor een prostaatverwijdering kan men ook in Nederland met de Da Vinci®-robot worden geopereerd, waarbij het streven is om complicaties tot een minimum te beperken. De beschikbaarheid van pathologisch onderzoek tijdens de operatie in het ziekenhuis te Gronau, met een op de resultaten daarvan aangepaste werkwijze, maakt deze operatie niet tot een expertisebehandeling.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de nota voor de onderhavige ingreep alsnog laten tarifieren. De Duitse Krankenkasse heeft aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij voor deze ingreep niets zou hebben vergoed. De ziektekostenverzekeraar handhaaft daarom de vergoeding op grond van de zorgverzekering van € 9.269,03.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat een expertisebehandeling een behandeling is die niet in Nederland kan worden gegeven. Het gaat daarbij om adequate zorg die niet in Nederland mogelijk is. Ter aanvulling heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in dit geval de behandeling in Nederland voorhanden is, namelijk in het Maasstad Ziekenhuis. Tijdens een dergelijke operatie wordt altijd weefsel weggenomen om te kijken of dit kwaadaardig is. Uit de stukken blijkt dat het geen gecompliceerde ingreep was. Deze had dus zeker in Nederland kunnen plaatsvinden. Als een verzekerde zonder voorafgaande toestemming naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, bestaat aanspraak op een vergoeding van 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel op grond van de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, 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 verzoeker aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van de in Gronau uitgevoerde prostaatoperatie, 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 29 van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg en verblijf bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:*

- a een ziekenhuis;
- b een zelfstandig behandelcentrum of
- c de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

- a medisch-specialistische zorg;
  - b uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.
- De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

(...)

**Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

(...)"

- 8.4. In artikel 15 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering' van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- b vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
- c Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

(...)

- 8.5. In artikel 4.3.1 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering is het volgende bepaald:

"Heeft u een naturapolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan heeft u recht op een vergoeding van 100% van de kosten van die zorg. Wij vergoeden de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij 100% van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen."

- 8.6. De artikelen 4.3.1 en 15 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' en 29 van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering gebaseerd op de



Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

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 9 van de 'vergoedingen aanvullende verzekeringen' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Het gaat daarbij om spoedeisende zorg in het buitenland (9.1), spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (9.2), niet-spoedeisende zorg (9.3), vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (9.4), overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (9.5), Best Doctors (9.6) en overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland (9.7). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden. (...)"*

8.10. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*"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 een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Op 16 augustus 2016 heeft een medewerker van de afdeling nazorg van het ziekenhuis te Gronau ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding voor de onderhavige behandeling. Uit de stukken blijkt echter dat de ingreep reeds op 1 augustus 2016 heeft plaatsgevonden. Er is derhalve geen sprake van vooraf aangevraagde toestemming zoals vereist op grond van voornoemd artikel 20. De verordening vindt om deze reden geen toepassing en tarifiering had achterwege kunnen blijven. Getoetst dient daarom te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. 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.
- 9.4. Verzoeker heeft een naturaverzekering afgesloten. In artikel 4.3.1 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering is bepaald dat bij zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder maximaal 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief wordt vergoed.  
Tussen partijen is niet in geschil dat voor de onderhavige ingreep zorgproduct 020109039/15A082 met omschrijving '*prostaatmaligniteit/operatie laparoscopisch/zeer zwaar/middel met lymfklieroperatie en verpleegligdagen*' correct is, en dat het gemiddeld gecontracteerde tarief hiervoor € 12.327,81 is. Daarom gaat de commissie uit van de juistheid hiervan.  
Gezien het voorgaande dient de vergoeding 75 percent van € 12.327,81 te bedragen. Dit is € 9.245,86. De ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van een vergoeding van € 9.269,03.  
Aangezien de ziektekostenverzekeraar een hogere vergoeding heeft vastgesteld, dan die waarop de commissie uitkomt, laat de commissie het geconstateerde verschil verder voor wat het is. Het op de vergoeding in mindering gebrachte eigen risico 2016 ten bedrage van € 311,09 is niet in het geding.
- 9.5. Verzoeker heeft gesteld dat sprake is van een 'expertisebehandeling', en is van mening dat hij daarom aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht wat hij beschouwt als een expertisebehandeling. De commissie constateert dat het begrip 'expertisebehandeling' in de zorgverzekering niet is gedefinieerd. Evenmin is een expliciete aanspraak op volledige vergoeding van een 'expertisebehandeling' opgenomen in de polisvoorwaarden, zodat niet duidelijk is waarop verzoeker zijn stelling baseert. De commissie merkt in dit verband op dat het uitgangspunt is dat de zorgverzekering is toegespitst op de Nederlandse situatie. De verschuldigde premie wordt bepaald aan de hand van de kosten van zorg die naar aard en omvang tot het verzekerde pakket behoort. Het kan voorkomen dat bepaalde zorg weliswaar tot het verzekerde pakket behoort, omdat de betreffende zorg conform de (internationale) stand van de wetenschap en praktijk is, maar deze in Nederland niet kan worden geleverd. Te denken valt hierbij bijvoorbeeld aan protontherapie. De benodigde expertise bestaat wel in het buitenland, en in die situatie valt in te zien dat de betrokken zorgverzekeraar uit hoofde van de op hem rustende zorgplicht tot volledige vergoeding van de kosten is gehouden. Een prostatectomie met behulp van een Da Vinci®-robot kan in Nederland (of daarbuiten bij een gecontracteerde zorgaanbieder) worden uitgevoerd; de hiertoe benodigde expertise is in voldoende mate beschikbaar. Dat verzoeker wenst te kiezen voor een zorgaanbieder met meer ervaring, maakt niet dat hij - in afwijking van voornoemd artikel 4.3.1 - aanspraak heeft op een hogere vergoeding. Zou het anders zijn, dan zou dit afdoen aan het naturakarakter van de verzekering, waarvoor immers geldt dat de




 verzekerde wordt verondersteld gebruik te maken van het door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbod.


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

-  9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt ter zake van expertisebehandelingen op grond van artikel 9 van de 'vergoedingen aanvullende verzekeringen' alleen aanspraak op de hiermee verband houdende overnachtings- en vervoerskosten. Deze kosten zijn hier evenwel niet in geschil. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak op aanvulling van de ten laste van de zorgverzekering toegekende vergoeding.



### **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

-  10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 maart 2018,

  
  
H.A.J. Kroon