

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, minimaal invasie heupoperatie met gebruik van de AMIS-techniek, stand van de wetenschap en praktijk, revalidatie, Villa Cento Passi
Zaaknummer : 2012.00265
Zittingsdatum : 15 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 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4, 2.6, 2.10 en Bijlage 1 Bzv, 5 WTZi, 22 Vo 1408/71)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Luxe Verpleging afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Top, Tandengaanf 100% tot € 1.500,- en Gezondheidsdiensten zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een minimaal invasieve heupoperatie met gebruik van de AMIS-techniek, uitgevoerd in het Jan Palfijn Ziekenhuis te Gent (België), en de aansluitende revalidatie in Villa Cento Passi (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 29 oktober en 24 november 2009, en 2 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 10 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing ten aanzien van de uitgevoerde heupoperatie te handhaven. De ziektekostenverzekeraar is hierbij niet ingegaan op de afwijzing van de revalidatie in Villa Cento Passi.

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

3.4. Bij brief van 1 april 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ge-

houden 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 mei 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 mei 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 augustus 2012 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 16 mei 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 20 juli 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012065305) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering en betrekking heeft op de uitgevoerde heupoperatie, in te willigen indien is voldaan aan de overige uitvoeringsaspecten, en wel op de grond dat een totale heupprothese met toepassing van de Anterior Minimally Invasive Surgery (AMIS)-techniek een technische variant is van een gebruikelijke behandeling, en als zodanig voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Of voldaan is aan de overige uitvoeringsaspecten (type heupprothese, bekwaamheid operatieteam) is ter beoordeling aan de ziektekostenverzekeraar. In het advies is door het CVZ geen aandacht besteed aan de revalidatie in Villa Cento Passi. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 14 augustus 2012 zowel telefonisch als per e-mailbericht medegedeeld dat hij, naar aanleiding van voornoemd CVZ-advies, de kosten van de heupoperatie alsnog zal vergoeden. De commissie heeft dit op 15 augustus 2012 telefonisch medegedeeld aan verzoekster. Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat zij toch gebruik wil maken van de mogelijkheid haar stellingen mondeling toe te lichten tijdens de geplande hoorzitting.
- 3.10. Verzoekster is op 15 augustus 2012 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 CVZ.
- 3.11. In vervolg op hetgeen ter zitting naar voren is gebracht, heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar bij brief van 16 augustus 2012 verzocht mede te delen wat de hoogte van de toegezegde vergoeding zal zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 augustus 2012 hierover bericht. Een afschrift van deze brief is op 30 augustus 2012 aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.

- 3.12. Verzoekster heeft bij brief van 2 september 2012 gereageerd op bovengenoemd schrijven van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift hiervan is op 7 september 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.
 - 3.13. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 september 2012 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 18 september 2012 aan verzoekster gezonden. Verzoekster is hierbij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren, hetgeen zij bij brief van 22 september 2012 heeft gedaan. Een afschrift van deze reactie is op 1 oktober 2012 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
 - 3.14. Bij brief van 10 oktober 2012 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 19 oktober 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.
 - 3.15. Bij brief van 30 oktober 2012 heeft de commissie het CVZ aanvullend gevraagd in te gaan op de door verzoekster ontvangen zorg in Villa Cento Passi. Het CVZ heeft de commissie bij brief van 31 oktober 2012 medegedeeld dat op basis van de factuur geen sprake was van medisch specialistische revalidatiezorg, maar van fysiotherapiebehandelingen die deel uitmaken van de DBC 'heupoperatie met gewrichtsprothese'. Een afschrift van het herziene definitieve CVZ-advies is op 1 november 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren, maar hebben geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De echtgenoot van verzoekster heeft bij brief van 7 augustus 2009, via een tussenpersoon, ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een consult bij dr. De Smet van het Academisch Ziekenhuis te Gent en "*waarschijnlijk een vervanging van de heup*". De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hierop bericht dat voor het consult geen voorafgaande toestemming noodzakelijk is.
 - 4.2. Op 15 september 2009 is bij verzoekster een totale heupprothese geplaatst via de AMIS-techniek om beschadiging van de spieren, bloedvaten en zenuwen rond de heup te minimaliseren. Dit mede omdat verzoekster hartpatiënt is.
 - 4.3. Achteraf weigert de ziektekostenverzekeraar de kosten van voornoemde ingreep te vergoeden omdat deze niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Dr. De Smet heeft echter verklaard dat de gebruikte techniek al 30 jaar wordt toegepast. De kosten worden doorgaans vergoed door de Nederlandse verzekeraars. De AMIS-techniek betreft slechts de manier van toegang tot de heup. Er is dan ook geen sprake van zorg die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
 - 4.4. Verzoekster vindt het niet billijk dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat zij voor de ingreep geen voorafgaande toestemming heeft gekregen. Reeds op 7 augustus 2009 heeft haar echtgenoot een aanvraag ingediend, waarbij is vermeld dat waarschijnlijk

ook een ingreep zou volgen. In deze aanvraag stond per abuis vermeld dat dr. De Smet werkzaam is in het Universitair Ziekenhuis te Gent. In de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 25 augustus 2009 is vermeld dat voor een consult geen voorafgaande toestemming nodig is. Kennelijk heeft dit de echtgenoot van verzoekster zodanig in verwarring gebracht, dat hij verder geen actie heeft ondernomen op het verzoek van de ziektekostenverzekeraar om meer informatie aan te leveren. Waarschijnlijk dacht hij dat het ziekenhuis dit wel zou regelen. De echtgenoot van verzoekster leed ten tijde van de aanvraag al aan dementie en is op 27 april 2010 “als niet meer handelingsbekwaam” in een verzorgingshuis opgenomen.

- 4.5. Verzoekster is volstrekt te goeder trouw geweest. Zij heeft noch invloed gehad op de wijze van opereren, noch heeft zij voorafgaand aan de ingreep kennis hierover gehad. Het is niet rechtvaardig dat de kosten van de ingreep voor haar rekening blijven. Verzoekster vraagt zich af wat zij destijds had kunnen doen of nalaten om dit te vermijden.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij graag een uitspraak van de commissie wil met betrekking tot de hoogte van de uiteindelijke vergoeding. Verzoekster heeft in dit verband een brief van een gepensioneerd orthopedisch chirurg in de procedure ingebracht, met aanvullende informatie over de bij de ingreep gebruikte techniek.
- 4.7. Bij brief van 2 september 2012 heeft verzoekster de commissie medegedeeld dat het haar steekt dat de ziektekostenverzekeraar zijn fout uit 2009 niet erkent. Verzoekster blijft bij de door haar gevorderde kostenveroordeling tot een bedrag van in totaal € 8.570,60. Deze vordering is opgebouwd uit de kosten van de behandelend arts van € 1.215,--, de nota van het ziekenhuis van € 6.298,40, en de nota van de revalidatiebehandelingen - niet het verblijf - in de ANCA kliniek (Villa Cento Passi) van € 1.057,20. Verzoekster heeft de aan haar vordering ten grondslag liggende stukken in het geding gebracht.
- 4.8. Bij brief van 22 september 2012 heeft verzoekster benadrukt dat de ‘nabehandeling’ in Villa Cento Passi noodzakelijk was. Dit blijkt ook uit de attesten van de behandelend arts. De kosten zijn duidelijk gespecificeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft de opgave van verzoekster tot en met de hoorzitting niet betwist.
- 4.9. Verzoekster 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 verzoekster bij brief van 25 augustus 2009, naar aanleiding van de aanvraag van 7 augustus 2009, bericht dat zij voor het consult geen voorafgaande toestemming nodig heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster voor de beoordeling van de heupoperatie verzocht om een uitgebreide aanvraag van de behandelend arts. Hieruit zou moeten blijken wat de diagnose is en wat de behandeling precies inhoudt. Tevens is verzocht om een verslag van de radioloog van de meest recent gemaakte MRI met betrekking tot de heup. Na ontvangst van de gewenste gegevens zou de aanvraag verder in behandeling zijn genomen. Een reactie bleef echter uit. Bij brief van 26 september 2009 is verzoekster erop gewezen dat de aanvullende informatie nog niet door de ziektekostenverzekeraar was ontvangen. Bij beslissing van 22 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster me-

degedeeld dat geen akkoordverklaring wordt gegeven voor de totale heupprothese, omdat de gevraagde gegevens niet zijn overgelegd. Bij brieven van 9 december 2009 en 26 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster opnieuw in de gelegenheid gesteld de gevraagde informatie aan te leveren. Hier werd – wederom – niet op gereageerd. Bij beslissing van 16 februari 2010 is verzoekster nogmaals medege-deeld dat geen akkoordverklaring wordt gegeven voor de totale heupprothese.

- 5.2. Bij beslissing van 2 maart 2010 is de aanvraag voor een minimaal invasieve heup-operatie afgewezen op de grond dat deze ingreep niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij brief van 19 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster een toelichting op voornoemde beslissing gegeven.
- 5.3. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat andere Nederlandse verzekeraars de onderhavige kosten wel vergoeden, heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat dit mogelijk uit coulance is gebeurd. Feit blijft dat de ingreep niet op grond van de zorgverzekering mag worden vergoed. Mocht een verzekeraar dit toch hebben ge-daan, dan betekent dit niet dat de ziektekostenverzekeraar om die reden gehouden is de ingreep te vergoeden.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij naar aanleiding van het CVZ-advies heeft besloten de ingreep te vergoeden conform de polisvoorwaar-den. De ziektekostenverzekeraar kon op dat moment echter nog geen uitspraak doen over de hoogte van de vergoeding, maar zou nagaan of voor de onderhavige ingreep een DBC-tarief beschikbaar is.
- 5.5. Bij brief van 29 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie me-degedeeld dat verzoekster voor de onderhavige ingreep aanspraak heeft op maxi-maal 100 percent van het Nederlandse tarief. De uiteindelijke vergoeding kan echter nooit meer bedragen dan de werkelijke kosten. De toegekende vergoeding is geba-seerd op DBC 05110001701223 waaraan een tarief van maximaal € 9.014,03 is ge-koppeld. De ingediende en in eerste instantie afgewezen nota voor de behandeling en ziekenhuisopname is opgebouwd uit de kosten van de ingreep van € 6.178,30, de kosten voor luxe verpleging van € 108,85, en het luxe arrangement zoals tv/telefoon van € 11,25. De kosten van de ingreep worden ten laste van de zorgverzekering ver-goed. De kosten van de luxe verpleging en het luxe arrangement komen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De totale vergoeding bedraagt € 6.298,40.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 september 2012 een nader stand-punt ingenomen. De nota van de behandelend arts van € 1.215,- valt ook onder de toegekende DBC en zal derhalve worden vergoed. De kosten van de revalidatie in Villa Cento Passi komen daarentegen niet voor vergoeding in aanmerking. Na de on-derhavige ingreep bestaat namelijk geen indicatie voor revalidatie.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 16 van de zorgverzekering en 9 van de aanvullende ziektekos-tenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daar-

over bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 7.513,40 ter zake van de onderhavige behandeling, 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 19 e.v. van de zorgverzekering. In artikel 20 van de zorgverzekering is de aanspraak op medisch specialistische opgenomen.

8.3. Artikel 2.5 van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Er bestaat alleen aanspraak op die zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.4. Artikel 11 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

“11.1. U woont in Nederland en krijgt zorg in het buitenland Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland.

(...)

11.4 Tarief en akkoordverklaring Als u zorg inroept in een ander land dan uw woonland van een zorgverlener of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten dan kan het voor u vooraf niet altijd duidelijk zijn of u die zorg geheel, deels of misschien helemaal niet vergoed krijgt. Daarom raden wij u aan bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf onze zorgadvisering aan te vragen. Dat geeft duidelijkheid en bespaart u teleurstellingen achteraf. Het kan zelfs zo zijn dat wij meer vergoeden dan wij in de vergoedingsbepaling in deze voorwaarden hebben vastgelegd.

(...)”

- 8.5. In artikel 17.4 van de zorgverzekering is bepaald dat:

“Wij vergoeden de zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden nadat we de nota hebben ontvangen tot maximaal:

a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of

b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat. Het “marktconform bedrag” is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde

van die tarieven. Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.”

- 8.6. Artikel 22 van de zorgverzekering, dat de aanspraak op revalidatie regelt, luidt, voor zover hier van belang:

“22.1. Kosten van zorg die wij vergoeden. U hebt recht op vergoeding van revalidatie in de volgende vormen:

- Verblijf: Het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname; (...).”

- 8.7. In artikel 1 van de zorgverzekering zijn de begripsomschrijvingen vermeld. De omschrijving van instelling voor medisch-specialistische zorg luidt als volgt:

“Een instelling voor medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Dit is bijvoorbeeld een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.). (...).”

- 8.8. De artikelen 1, 2.5, 11, 17.4, 20 en 22 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).

- 8.9. 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.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv, en verblijf in artikel 2.10 Bzv.

Artikel 2.1, lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.10. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.11. Artikel 22 van Vo 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;

ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)"

- 8.12. In artikel 26.5 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op liggelduitkering, compensatie, en bijkomende kosten bij ziekenhuisopname opgenomen. Op grond hiervan bestaat volgens het vergoedingsoverzicht aanspraak op:

<i>“Verpleegklasse ziekenhuis (1 of 2 persoonskamer) Vergoeding bij ‘gedwongen’ verblijf in lagere klasse Tv/telefoon/internet/radio Reiskosten partner</i>	<i>100% tot max. € 150,- per nacht € 70,- per dag tot max. € 4.600,- pjr aansluitkosten en huurkosten openbaar vervoer, taxivervoer en eigen vervoer op basis van € 0,19 per km tot max. € 100,- pjr”</i>
---	---

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van EG-Verordening 1408/71 kan een verzekerde, voorafgaand aan de geplande behandeling in een andere lidstaat, bij het bevoegde orgaan om een E112-formulier verzoeken. Indien toestemming wordt geweigerd, kan achteraf worden getoetst of deze op juiste gronden is onthouden. Een dergelijke toetsing hoeft op grond van het arrest Stamatelaki (HvJ EG 19 april 2007, zaak C-444/05) niet te worden toegepast indien het bevoegde orgaan geen voorafgaande toestemming is gevraagd.
- 9.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 7 augustus 2009 impliciet verzocht om toestemming voor “een vervanging van de heup”. Hoewel het hier een incomplete aanvraag betreft – en de ziektekostenverzekeraar nadere informatie heeft opgevraagd bij verzoekster – is dit verzoek aan te merken als een verzoek om afgifte van een E112-formulier. In het kader van de toepassing van Vo 1408/71 dient in de eerste plaats te worden vastgesteld of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering en of verzoekster voor de betreffende zorg een indicatie heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk het standpunt ingenomen dat de aangevraagde minimaal invasieve heupoperatie met gebruik van de AMIS-techniek niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Naar aanleiding van het CVZ-advies van 20 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar dit standpunt evenwel verlaten en is hij overgegaan tot vergoeding van de werkelijk gemaakte medische kosten, te weten € 6.178,30 en € 1.215,-- ten laste van de zorgverzekering. Aldus is ook de vraag naar het bestaan van een indicatie bevestigend beantwoord.
- 9.3. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zich niet erop heeft beroepen dat de onderhavige of daarmee vergelijkbare zorg tijdig in Nederland beschikbaar was, is verzoekster het E112-formulier ten onrechte onthouden. Gevolg hiervan is dat de ziektekostenverzekeraar zou moeten overgaan tot tarifiering. Tarifiering heeft – voor zover het de heupoperatie betreft – evenwel geen zin aangezien, zoals hiervoor is vastgesteld,

de werkelijk gemaakte medische kosten reeds ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.

- 9.4. Mogelijk is dit anders voor het aansluitende verblijf in Villa Cento Passi. Hierbij moet in de eerste plaats worden aangetekend dat uit de woorden “waarschijnlijk een vervanging van de heup” in redelijkheid niet valt op te maken dat de heupoperatie zou worden gevolgd door een verblijf in genoemde instelling. Nu hiervoor geen aanvraag is gedaan, volgt uit eerder genoemd arrest Stamatelaki dat toetsing aan de verordening achterwege blijft, en dat de beoordeling dient te worden uitgevoerd aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe geldt het volgende.
- 9.5. Artikel 2.10 Bzv stelt geen regels met betrekking tot de instelling waarin het verblijf, waarop ingevolge de zorgverzekering aanspraak bestaat, dient plaats te vinden. Blijkens de nota van toelichting is het aan de ziektekostenverzekeraar regels te stellen met betrekking tot de soort instelling waarin dient te worden verbleven. De ziektekostenverzekeraar heeft in artikel 1 van de zorgverzekering bepaald dat onder een instelling voor medisch-specialistische zorg wordt verstaan een instelling voor medisch-specialistische zorg als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen.

Artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) omschrijft een instelling als volgt:

“Een organisatorisch verband dat behoort tot een bij algemene maatregel van bestuur aangevozen categorie van instellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat ingevolge artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet, moet voor het verlenen van die zorg een toelating hebben van Onze Minister.”

Niet gebleken is dat Villa Cento Passi kan worden aangemerkt als een instelling zoals bedoeld in artikel 5 WTZi. Derhalve heeft verzoekster ingevolge artikel 22 van de zorgverzekering geen aanspraak op (vergoeding van) het verblijf aldaar ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Op grond van artikel 26.5 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een liggelduitkering in geval van klasseverpleging, dan wel een compensatievergoeding indien ‘gedwongen’ gebruik moet worden gemaakt van een lagere verpleegklasse, vergoeding van de aansluitkosten en huurkosten van tv/telefoon/internet/radio en een vergoeding van de reiskosten van de partner. De ziektekostenverzekeraar heeft inmiddels toegezegd de kosten van de luxe verpleging en het luxe arrangement ten bedrage van € 120,10 te vergoeden. Dit punt is derhalve thans niet meer in geschil.

Gewekt vertrouwen

- 9.7. Voor zover verzoekster volledige vergoeding vordert op grond van gewekt vertrouwen, overweegt de commissie als volgt. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster reeds bij brief van 25 augustus 2009 medegedeeld dat door haar voor de beoordeling van de aanvraag nadere informatie moest worden overgelegd. Deze medede-

ling is naar het oordeel van de commissie voldoende duidelijk. Na voornoemde brief heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster meerdere keren benaderd, waarbij hij zijn verzoek heeft herhaald. Dat verzoekster deze correspondentie door haar echtgenoot liet afhandelen, en dat hij mogelijk (door zijn dementie) in de war is geraakt door de mededeling dat voor het consult geen toestemming nodig is, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

- 9.8. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat andere Nederlandse verzekeraars de onderhavige ingreep wel (al dan niet volledig) vergoeden, constateert de commissie dat deze stelling door haar op geen enkele wijze nader is onderbouwd. Het karakter van de verleende (volledige) vergoeding staat zodoende niet vast. Los hiervan kan de ziektekostenverzekeraar niet gebonden worden geacht aan het vergoedingenbeleid van (een) andere verzekeraar(s).

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.10. Aangezien de ziektekostenverzekeraar in de loop van de procedure een hogere vergoeding heeft toegezegd, acht de commissie termen aanwezig om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 21 november 2012,

Voorzitter