

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, prostatectomie met behulp van
DaVinci Robot®, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.02457
Zittingsdatum : 3 november 2010

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 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 27 maart 2009 de aanvraag voor een “robotgeassisteerde prostatectomie”, uitgevoerd te Gronau (Duitsland) (hierna: de aanspraak) slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 9.377,- te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Zorg Polis 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 november 2009 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 24 maart 2010 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 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 september 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 september 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 september 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 13 september 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 september 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010114857) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar niet de juiste DBC-code is gehanteerd. De code 06.11.01.0041.0333 is volgens het CVZ de juiste. Een afschrift van het CVZ-advies is op 18 oktober 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 november 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 5 november 2010 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 9 november 2010 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. De behandelend uroloog heeft bij verzoeker "(...) een klinische T2CN0M0 prostaatcarcinoom met een Gleaonscore 3 + 4 en een initieel PSA van 12 en een prostaatvolume van 60 gr. (...)" geconstateerd.
- 4.2. Op 25 maart 2009 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker stelt dat de uroloog van mening was dat een robotgeassisteerde prostatectomie een meerwaarde had ten opzichte van de traditionele open prostatectomie. In andere ziekenhuizen in Nederland wordt deze operatie ook uitgevoerd. Uit navraag is gebleken dat de operatie daar tussen de € 10.098,- en € 15.000,- kost. De ziektekostenverzekeraar heeft echter slechts een bedrag van € 9.377,- vergoed, op basis van een DBC voor de open prostatectomie. Bovendien is deze beslissing verzoeker eerst na de operatie medegedeeld, namelijk op 27 maart 2009. Verzoeker had daarom niet de mogelijkheid de operatie niet te laten doorgaan.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat ten tijde van de ingreep geen aparte DBC-code voor de operatie bestond. De ziektekostenverzekeraar baseerde de vergoeding op de kosten van een open operatie. In Nederland zou de wachttijd een half jaar zijn. De kanker was agressief, hetgeen is bevestigd door de

uroloog in Roermond. In Gronau kon de ingreep binnen veertien dagen plaatsvinden. Pas nadat deze was uitgevoerd berichtte de ziektekostenverzekeraar verzoeker over de hoogte van de vergoeding, en bleek dat een derde van de kosten voor eigen rekening zou blijven. Een mogelijkheid tot afweging was er aldus niet.

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 de maximumvergoeding is gebaseerd op het tarief dat wordt gehanteerd indien de ingreep plaatsvindt in een gecontracteerd ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar is daarbij uitgegaan van de DBC-code 06.11.11.0040.0313. Dit is de meest passende code, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van een hoger bedrag dan € 9.377,-, zijnde het tarief dat de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot deze code met de door hem gecontracteerde zorgverleners heeft afgesproken.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de gehanteerde DBC-code volgens het CVZ niet juist is. Na overleg met de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is gebleken dat het juiste bedrag € 10.929,87 is. Er volgt daarom een nabetaling. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de betreffende zorgaanbieder met ingang van 1 december 2009 is gecontracteerd.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht gedeeltelijk is ingewilligd.

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 gehouden is de aanspraak 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering. 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:

geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

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

“De verzekerde die in Nederland woont (...) heeft naar keuze aanspraak op:

- *zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;*
- *zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 11.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;*
- *vergoeding van de kosten van onvoorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. (...)*”

In artikel 11.4 van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [de ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2009, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2009 gelijk aan het geldende Wmg-tarief. (...)”

- 8.3. De artikelen 9, 11.4 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).
- 8.4. 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 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 22 van EG-Verordening 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. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot gedeeltelijke vergoeding van de door verzoeker ondergane operatie in Gronau, is de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoeker daarvoor een indicatie heeft, bevestigend beantwoord.
- 9.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de operatie hiervoor toestemming gevraagd. Verzoeker heeft gesteld dat de behandeling niet tijdig in Nederland kon plaatsvinden, omdat een wachttijd bestond van zes weken. Hij heeft dit standpunt echter niet met stukken onderbouwd. Ook heeft hij geen gebruik gemaakt van de wachtlijstbemiddeling die door de ziektekostenverzekeraar is aangeboden. Om die reden staat niet vast dat deze zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar was, zodat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was verzoeker een E 112-formulier te onthouden. Conform de polisvoorwaarden is derhalve het Nederlands tarief van toepassing.
- 9.3. Bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding heeft de ziektekostenverzekeraar de DBC-code 06.11.11.0040.0313 gehanteerd, met als omschrijving: “Reguliere zorg / verhoogd PSA / prostaatcarcinoom / open operatie met klinische episode(n)”. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door middel van afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de diverse zorgverleners. Uit het advies van het CVZ van 27 september 2010 volgt dat door de ziektekostenverzekeraar niet de juiste code is gehanteerd. Vergoeding dient volgens het CVZ namelijk plaats te vinden conform de code 06.11.01.0041.0333, met als omschrijving: “Reguliere zorg / koliek(en) / BPH/BH obstructie / extraluminale endoscopische operatie met klinische episode(n)”. Ook deze code komt uit het B-segment. De commissie volgt het CVZ in dezen.
- De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting aangegeven dat de zorgverlener van verzoekster met ingang van 1 december 2009 is gecontracteerd. Ten tijde van de operatie op 25 maart 2009 was dit derhalve nog niet het geval. Volgens de “lijst maximale

vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders [naam ziektekostenverzekeraar] 2009” is het tarief behorende bij bovengenoemde DBC-code € 4.563,-.

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting medegedeeld over te gaan tot betaling van een bedrag van € 10.929,87. In deze beslissing, die feitelijk een toezegging is van de ziektekostenverzekeraar, zal de commissie niet treden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat de bespreking van die verzekering verder achterwege kan blijven.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.7. Aangezien de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft medegedeeld over te gaan tot vergoeding van een hoger bedrag dan in eerste instantie was toegezegd, acht de commissie termen aanwezig het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

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

Zeist, 17 november 2010,

Voorzitter