

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, endoscopische transperitoneale robotgeassisteerde radicale prostatovesiculectomie (ETRARP) met pelviene lymfklierdissectie
Zaaknummer	: ANO08.173
Zittingsdatum	: 28 mei 2008

Zaak: ANO08.173, geneeskundige zorg buitenland, endoscopische transperitoneale robotgeassisteerde radicale prostatovesiculectomie (ETRAP) met pelviene lymfklierdissectie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 22 EG-Verordening 1408/71)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 16 november 2007 een radicale prostatectomie in het buitenland tot maximaal € 8.787,25 te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zvw.
- 3.2. De behandelend uroloog heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "recidiverend prostaatcarcinoom pT3a pN0 (0/5) M0 R0 Gleason 3+4=7". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een "endoscopische transperitoneale robotgeassisteerde radicale prostatovesiculectomie (ETRAP) met pelviene lymfklierdissectie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn aanspraak tot maximaal € 8.787,25 te vergoeden.
- 3.3. Van 12 tot 20 november 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 december 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn besluit te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 13 februari 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar de aanspraak alsnog moet inwilligen, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 3 april 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 april 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 april 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 7 april 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 8 mei 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat de wachttijd voor onderhavige operatie zonder gebruikmaking van de operatie-robot, in de vorm van een open of laparoscopisch radicale prostatectomie, onacceptabel was. Een afschrift van het CVZ-advies is op 9 mei 2008 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 28 mei 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 17 juni 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ de commissie op 4 juli 2008 medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat op 24 oktober 2007, na een bloedonderzoek, een snelle stijging van de PSA-waarde is vastgesteld, hetgeen duidt op een toegenomen activiteit van het prostaatcarcinoom. OP grond daarvan moest snel gekozen worden voor één van de medisch noodzakelijke en direct beschikbare, curatieve therapieën. De keuze was tussen de High Intensive Focussed Ultrasound methode (HIFU) en de ETRARP.
- 4.2. Voor een consult bij een uroloog van het AVL-NKI, het AMC of het VU bestond een wachttijd van 5-7 weken. De HIFU vindt niet plaats in het AVL-NKI, het AMC of het VU. Voor de ETRARP bestond een wachttijd van minimaal 12 weken. Mede gezien de negatieve publiciteit rondom kijkoperaties in Nederland, is verzoeker naar Duitsland gegaan. In het PZNW in Gronau kon verzoeker direct terecht en bestonden geen of weinig medische risico's.
- 4.3. De zorgverzekeraar is op 6 november om een spoedprocedure gevraagd voor de toestemming. Pas op 21 november 2007, dus na de behandeling, is antwoord verkregen.
- 4.4. Verzoeker bestrijdt de stelling dat de zorgverzekeraar een alternatief bij een gecontracteerde zorgverlener had kunnen bieden, gezien zijn ervaringen met het AVL-NKI,

het AMC of het VU.

- 4.5. Verzoeker bestrijdt ook de stelling van de zorgverzekeraar dat geen sprake was van medische noodzaak. Met het verstrijken van de tijd werd de kans op curatief resultaat minder.
- 4.6. Verzoeker stelt dat de beslissing van de zorgverzekeraar in strijd is met artikel 22 lid 2 van EG-Verordening 1408/71 en de bijgewerkte versie van verordening 118/97 dat de onbelemmerde dienstverlening in de zorg binnen het grondgebied van de EU regelt. Onthouding van toestemming om zich voor een behandeling naar het grondgebied van een andere lidstaat te begeven is niet geoorloofd indien er in de woonstaat voor een ziekenhuisbehandeling een wachttijd bestaat en wanneer deze termijn langer is dan de termijn die aanvaardbaar is op grond van een objectieve medische beoordeling van de klinische behoefte van de patiënt, rekening houdend met alle kenmerken van zijn gezondheidstoestand op het tijdstip waarop het verzoek om toestemming wordt ingediend. Door de rekening van € 9.727,09 niet volledig te vergoeden wordt door de zorgverzekeraar de facto de toestemming geweigerd naar een andere EU-lidstaat te gaan. Vergelijk de uitspraken in de zaken Inizan/Caisse Primaire d'assurance, Leichtle/Bundesanstalt fuer Arbeit en Watts/Bedford Primary Care van het Europese Hof van Justitie van de Europese Gemeenschap.
- 4.7. Ter zitting zijn door verzoeker, ter aanvulling, een pleitnotitie en nadere stukken overgelegd.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
 - 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker conform de voorwaarden van de zorgverzekering, een naturapolis, en het restitutiereglement recht heeft op vergoeding van het restitutietarief van 90 procent van het door het CTG vastgestelde tarief, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 8.787,25.
 - 5.2. De zorgverzekeraar stelt vast dat verzoeker geen sprake was van spoedeisende zorg. Om die reden kan geen ruimere vergoeding op grond van artikel 18 van de zorgverzekering plaatsvinden.
 - 5.3. Verzoeker had een indicatie voor een radicale prostatectomie. Verzoeker heeft zelf gekozen voor een behandeling met de operatierobot, terwijl niet is gebleken dat hiervoor een directe medische noodzaak bestaat. Een open operatie hetzelfde resultaat geeft. Hiervoor had een tijdige behandeling door een gecontracteerde zorgverlener kunnen plaatsvinden.
 - 5.4. Bij brief van 11 juni 2008 is door de zorgverzekeraar gereageerd op de door verzoeker ter zitting overgelegde stukken. Deze reactie leidt, kort samengevat, niet tot een andere stellingname dan bij de herbeoordeling is gebleken.
 - 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat.

“lid 1

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. (...)

De aanspraak omvat de medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van de opname.

(...)

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als:

a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op intramurale zorg;

(...)

verwijzing:

voor de medisch specialistische zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, (...), medisch specialist (...)

zorgverlener:

de medisch specialistische zorg wordt verleend door een ziekenhuis, medisch specialist (...)

Bij zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de zorgverzekeraar vermeld staat.”

Artikel 11 Buitenland, bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

“lid 1

(...) In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aan-

gegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.”

Artikel 4 van het Restitutie Reglement behorende bij de Zorg-op-maatpolis, bepaalt voor zover hier van belang:

*“4 Medisch-specialistische zorg
(...)*

2. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een ziekenhuis waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, voor zover het extramurale zorg betreft, maximaal negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende A-tarief.

3. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een extramuraal medisch specialist of ZBC waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, vijfenzeventig procent van de voor de betreffende zorg door de zorgverlener afgegeven, gespecificeerde nota, tot een maximum van vijfenzeventig procent van het voor de betreffende zorg geldende WTG tarief.”

De definitie van een Diagnose Behandeling Combinatie luidt volgens artikel 1 van de zorgverzekering:

“Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.”

Ten aanzien van het niet tijdig kunnen leveren van zorg bepaalt artikel 18, voor zover hier relevant, het volgende:

”lid 1

Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed.

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

a. het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde(maximum-) tarief;

(...)

Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan

de verzekerde moet worden verleend, medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft wordt de toestemming tot het inroepen van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

- 7.2. De regeling in de artikelen 1, 11, 18 en 20 van de zorgverzekering en artikel 4 van het Restitutie Reglement zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 Bzv is vervolgens bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.4. Artikel 22 lid 1 sub c in samenhang met lid 2 EG-Verordening 1408/71 (hierna: de verordening) regelt dat de toestemming die gevraagd wordt om zich naar een andere EU-lidstaat te begeven teneinde zich daar te kunnen laten behandelen, mag worden geweigerd wanneer de betreffende behandeling een verzekerde prestatie is als bedoeld in de zorgverzekering en deze behandeling kan worden geleverd in Nederland binnen de termijn die gewoonlijk nodig, beoordeeld naar de gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In geschil is of de door verzoeker ondergane behandeling volledig vergoed moet worden, omdat de door verzoeker gewenste zorg niet of niet tijdig door de zorgverzekeraar kon worden geleverd.
- 7.7. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in deze procedure in het midden kan blijven. Met het bij brief van 16 november 2007 schriftelijk verlenen van toestemming voor de onderhavige behandeling, tegen het in Nederland geldende tarief, is de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg en de indicatie in dit geschil beantwoord.
De stelling van verzoeker dat “de facto toestemming wordt geweigerd door het bedrag van € 9.727,09 niet volledig te vergoeden”, acht de commissie onjuist. Het verschil tussen de hoogte van de rekening en het uitgekeerde bedrag, te weten € 8.787,25, is niet van die orde dat daarmee de toestemming illusoir kan worden geacht.

- 7.8. De door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 06.11.02.0040.0333 ziet op Reguliere zorg / haematurie/diagnose prostaatcarcinoom / extraluminale endoscopische operatie met klinische episode(n). Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 6.343,00 voor het instellingsdeel en € 1.264,00 voor het specialistenhonorarium ten tijde van de aanvraag. De commissie is van oordeel dat, gelet ook op artikel 11 onder b van de zorgverzekering, door de zorgverzekeraar de onder de gegeven omstandigheden een passende DBC-code is toegepast.
- 7.9. Voorts berust de DBC-systematiek op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. aangezien alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn inbegrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-code geëigend is.
- 7.10. Het onder 7.8 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties, waarbij sprake is van een behandeling in het buitenland, niet per definitie het geval zal zijn, doet geen aanspraak op een hogere vergoeding ontstaan. Feit is immers dat het gehanteerde tarief in de Nederlandse marktomstandigheden toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest. De zorgverzekeraar heeft kenbaar gemaakt in zijn brief van 16 november 2007 dat aan verzoeker de kosten zouden worden vergoed tot het maximum van het in Nederland geldende tarief.
- 7.11. Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit per ziekenhuis en per periode een verrekenpercentage vastgesteld. Dit percentage, dat de vorm kan hebben van een toeslag, maar ook van een korting, dient onder andere ter compensatie van onderzoeks- en scholingstaken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld, en is afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds. Aangezien het verrekenpercentage afhankelijk is van de situatie in het ziekenhuis, en het – anders dan het DBC-tarief – niet rechtstreeks verband houdt met de uitgevoerde behandeling, ziet de commissie geen dwingende reden in geval van behandeling in het buitenland een toeslag of korting toe te passen. Indien echter een zorgverzekeraar, om hem moverende redenen, van oordeel is dat terzake van een uit het buitenland afkomstige declaratie een vergoeding inclusief dit verrekentarieft dient te worden vergoed, zoals in dit geval, zal de commissie in die beslissing niet treden.
- 7.12. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat de zorgverzekeraar de kosten volledig dient te vergoeden omdat hem geen tijdig alternatief is geboden door de zorgverzekeraar, overweegt de commissie als volgt.
De vraag of een behandeling “tijdig” kan worden geleverd moet, zoals blijkt uit artikel 22 lid 1 sub c van de verordening, worden beantwoord aan de hand van een objectieve medische beoordeling van de klinische behoefte van de patiënt, rekening houdend met alle kenmerken van zijn gezondheidstoestand op het tijdstip waarop het verzoek om toestemming wordt ingediend.
Vast staat dat verzoeker een radicale prostatectomie diende te ondergaan. Een radicale prostatectomie met behulp van een robot ziet niet op een andere operatieve behandeling voor een prostaatcarcinoom, maar moet worden beschouwd als een hulpmiddel in het kader van een laparoscopische prostatectomie. De meerwaarde hiervan

in het kader van de doelmatigheid is blijkens een eerder aan de commissie uitgebracht advies van het CVZ van 23 januari 2008, niet vastgesteld.

Hoewel verzoeker een naturapolis heeft, heeft hij bij zijn aanvraag van 6 november 2007 niet gevraagd om de onderhavige zorg waarop hij op grond van de zorgverzekering aanspraak kan maken. Door de zorgverzekeraar is zorgbemiddeling aangeboden, waar door verzoeker niet op in is gegaan. Evenmin is uit de aangeleverde medische gegevens gebleken van een noodzaak tot spoediger behandeling dan binnen de daarvoor gebruikelijke termijnen dient plaats te vinden.

De commissie komt op grond van bovenstaande tot de conclusie dat niet aannemelijk is gemaakt dat de zorgverzekeraar de door verzoeker benodigde zorg niet tijdig heeft kunnen leveren.

Conform artikel 4 lid 2 van het restitutiereglement van de zorgverzekeraar mag de zorgverzekeraar dan ook 90 percent van het tarief van de DBC-prestatiecode uitkeren.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 juli 2008,

Voorzitter