

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg Europa, robotgeassisteerde radicale prostatectomie
Zaaknummer	: 2008.00896
Zittingsdatum	: 15 oktober 2008

Zaak: 2008.00896, geneeskundige zorg Europa, robotgeassisteerde radicale prostatectomie

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 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 1 mei 2007 de door hem in Duitsland ondergane robotgeassisteerde radicale prostatectomie tot maximaal € 10.421,80 te vergoeden en geen zelfstandige vergoeding toe te kennen voor de nacontroles.

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 Keuze Zorgplan polis (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, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. De behandelend uroloog heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "prostaatcarcinoom T1c Nx Mx Gleason 3+3=6". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een robotgeassisteerde radicale prostatectomie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen voor zover de vergoeding het bedrag van € 10.421,80 te boven gaat.
- 3.3. Op 14 mei 2007 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 telefonische mededeling van 17 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 2 april 2008 heeft verzoeker zijn geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Deze poging heeft de zorgverzekeraar niet tot een ander standpunt gebracht.

- 3.6. Bij brief van 5 augustus 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.7. 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.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 28 augustus 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 september 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en zorgverzekeraar hebben op 12 september respectievelijk 22 september 2008 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 9 september 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 30 september 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat verzoeker geen hogere vergoeding toekomt dan op grond van de DBC-systematiek is geëigend. Een afschrift van het CVZ-advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de gemiddelde kosten voor een dergelijke behandeling in Nederland 25 tot 30 percent hoger liggen dan het bedrag dat de zorgverzekeraar wenst te vergoeden.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft een gemiddeld verrekenpercentage toegepast dat niet overeenkomt met het gemiddelde verrekenpercentage voor het VU in Amsterdam, te weten 71 percent.
- 4.3. De door verzoeker in Duitsland ondergane behandeling wordt in Nederland uitsluitend in het VU in Amsterdam uitgevoerd. Verzoeker kon in Duitsland echter sneller geholpen worden en hoefde daar niet te wachten.
- 4.4. De nacontroles die onlosmakelijk verbonden zijn met een dergelijke behandeling, dienen separaat te worden vergoed.
- 4.5. 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 op basis van DBC-prestatiecode 06.11.01.0040.0333 een tarief van € 7.607,00 is vastgesteld, waarbij een verrekenpercentage van 42,8 percent is toegepast.
- 5.2. Dit verrekenpercentage behoeft niet te worden vergoed, maar nu dit eenmaal is toegezegd zal daar niet meer op worden teruggekomen.

- 5.3. Een DBC-prestatiecode met bijbehorende tarief wordt geacht kostendekkend te zijn. Om die reden zullen niet alle nacontroles voor zelfstandige vergoeding n aanmerking komen.
- 5.4. Bij de zorgverzekeraar is nimmer een verzoek tot zorgbemiddeling binnengekomen. Verzoeker is op eigen initiatief naar Gronau gegaan.
- 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 restitutie-polis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 2 e.v. van de 'Dekking zorgverzekering'. In artikel 2 van de 'Dekking zorgverzekering' wordt, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"Art. 2 Aanspraken geneeskundige zorg

A Medisch-specialistische zorg (excl. Geneeskundige Geestelijke Gezondszorg)

Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of bedrijfsarts. (...) De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

1. Ziekenhuisopneming

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opneming op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. (...) De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor 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 opneming."

Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding wordt in artikel 1 van de 'Dekking zorgverzekering' bepaald:

"De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal het op het moment van de levering van de zorg van toepassing zijnde (maximum)tarief op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Indien en voorzover, op basis van de WMG, geen (maximum)tarief is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag".

De vergoeding voor zorg in het buitenland is geregeld in artikel 3 van de 'Dekking zorgverzekering', waarin voor zover relevant wordt gerd:

"Art. 3 Buitenland

A De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op vergoeding van kosten voor zorg bedoeld als in Hoofdstuk 2, artikel 1 lid B van een zorgverlener of instelling buiten Nederland.

B De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

1 . aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;

2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:

- tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;

- indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

(...)"

Met betrekking tot de Diagnose Behandeling Combinatie is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald in artikel 1 onder 8 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering:

"Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch--specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. (...)"

- 7.2. De regeling van de artikelen 1, 2 en 3 van de 'Dekking zorgverzekering' en artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 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. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag naar de hoogte van de vergoeding voor de robotgeassisteerde radicale prostatectomie in Duitsland.
- 7.6. Vaststaat dat de behandeling met behulp van de robot is te beschouwen als zorg die medisch specialisten plegen te bieden als bedoeld in de zorgverzekering. Tussen partijen is niet in geschil dat sprake is van een indicatie. Met het bij brief van 1 mei

2007 toekennen door de zorgverzekeraar van een vergoeding voor de onderhavige behandeling staat ook de doelmatigheid daarvan vast.

- 7.7. Ten aanzien van de onderhavige behandeling met behulp van een robot oordeelt de commissie als volgt. De 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 is blijkens een eerder door het CVZ aan de commissie uitgebracht advies van 23 januari 2008, niet vastgesteld.
- De door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-prestatiecode 06.11.01.0040.0333 ziet op reguliere zorg / kolieken / prostaatcarcinoom / extraluminale endoscopische operatie met klinische episode(n). Dit betreft een DBC-prestatiecode 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 door de zorgverzekeraar de onder de gegeven omstandigheden meest passende DBC-prestatiecode is toegepast.
- 7.8. 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 geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-prestatiecode geëigend is.
- 7.9. Het onder 7.7 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 in zijn brieven van onder andere 1 mei 2007 en 1 april 2008 kenbaar gemaakt dat de kosten worden vergoed tot het maximum van het in Nederland geldende tarief.
- 7.10. 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 verrekenpercentage dient te worden vergoed, zoals in dit geval, zal de commissie in die beslissing niet treden.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 oktober 2008,

Voorzitter