

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D vertegenwoordigd door E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, nefrectomie met behulp van Da Vinci Robot®, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.02359
Zittingsdatum : 8 juni 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd E te F hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend 1 en Tandzorg 3 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 een nefrectomie met behulp van de Da Vinci Robot®, uit te voeren te Gronau (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van maximaal € 7.880,--, is ingewilligd.
- 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 23 april 2011 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 30 januari 2011 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 april 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 februari 2011 telefonisch medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 6 april 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 april 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011039683) 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 juiste DBC-code is gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 juni 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 juni 2011 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 17 juni 2011 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 niercelcarcinoom geconstateerd. Verzoeker is op zoek gegaan naar een geschikte behandeling. Uit eigen onderzoek bleek dat een operatie met behulp van de Da Vinci Robot® voor hem de meest adequate oplossing zou bieden. In Nederland wordt bij diverse ziekenhuizen gebruik gemaakt van de robot. De ervaring is echter nog beperkt, terwijl in Duitsland al jaren met de robot wordt gewerkt. Bovendien kon verzoeker in Nederland niet tijdig terecht vanwege wachtlijsten. Verzoeker is op 9 maart 2010 opgenomen in het ziekenhuis te Gronau. De ingreep vond plaats op 10 maart 2010. Op 16 maart 2010 is verzoeker uit het ziekenhuis ontslagen.
- 4.2. Aan verzoeker is in eerste instantie medegedeeld dat een bedrag van € 6.000,- zou worden vergoed. Na een telefoongesprek tussen een medewerker van een ziekenhuis in Nederland en een medewerker van de ziektekostenverzekeraar is dit bedrag gewijzigd in € 7.880,-. Daarbij is echter nooit medegedeeld dat uit dit bedrag ook eventuele complicaties en nacontroles moesten worden betaald. Dit bericht kreeg verzoeker eerst na de operatie.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij indertijd heeft gebeld met de ziektekostenverzekeraar. Hij sprak met een medewerker, terwijl een vriend meeluisterde. Vanwege de aldaar aanwezige ervaring, wilde hij voor behandeling naar Duitsland. Er werd hem gezegd dat hij de ingreep kon laten uitvoeren, maar dat

hij nog wel een schriftelijke aanvraag moest doen. Later bleek de vergoeding 100 percent van het Nederlandse tarief te zijn, hetgeen een bedrag is van circa € 6.000,-- voor het gehele behandeltraject. Verzoeker plaatst kanttekeningen bij het CVZ-advies. Zo is voor hem de vraag in hoeverre de medisch adviseur van een organisatie van zorgverzekeraars onpartijdig is. Dat de klassieke operatie medisch gezien het zelfde effect heeft, wordt door verzoeker bestreden. Uiteindelijk is € 7.880,-- betaald. Verzoeker heeft twijfels over de juistheid van het bedrag, waarbij hij opmerkt dat mogelijk een onjuiste datum is gehanteerd voor de vaststelling van het tarief.

4.4. 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 aan verzoeker is medegedeeld dat de kosten in een gecontracteerd ziekenhuis volledig voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoeker heeft geen gebruik gemaakt van de geboden wachtlijstbemiddeling, doch heeft ervoor gekozen de ingreep zonder voorafgaande schriftelijke toestemming in Gronau te laten plaatsvinden. Hiermee heeft hij het risico genomen dat kosten voor zijn rekening blijven.

5.2. In Nederland worden de tarieven vastgesteld aan de hand van de DBC-systematiek. Een DBC-code geldt voor het gehele traject, dat wil zeggen de operatie en de daarbij behorende nacontroles. De gehanteerde DBC-code behoort tot het B-segment, waarbij de tarieven vrij onderhandelbaar zijn. Het gemiddelde tarief dat de ziektekostenverzekeraar met de door hem gecontracteerde zorgaanbieders heeft afgesproken is € 7.880,--. Dit bedrag is aan verzoeker betaald.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot de telefonische toezegging aangevoerd dat de door de medewerker gedane mededeling op zich juist is. Tijdens een telefoongesprek is het niet mogelijk om alle ins en outs te bespreken. In de brief zijn de restricties vermeld. Aanvankelijk werd circa € 6.000,-- toegezegd. Vervolgens is het bedrag verhoogd tot € 7.880,--. Dit is het gemiddelde tarief voor de jaren 2009 en 2010. Het betreft hier een DBC-code uit het B-segment, zodat de tarieven per instelling kunnen variëren.

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

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 alsnog 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk 2 Aanspraken [zorgverzekering]' van de zorgverzekering. Artikel 1 van 'Hoofdstuk 2 Aanspraken [zorgverzekering]' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. (...)

Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

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

Artikel 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van [de zorgverzekering] tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. (...)"

8.3. De artikelen 1 van 'Hoofdstuk 2 Aanspraken [zorgverzekering]' en 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. 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.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.

- 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. Niet in geschil is dat een nefrectomie met behulp van de Da Vinci Robot® een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker daarvoor ten tijde van de ingreep een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding juist is.
- 9.2. De vraag die in dat kader allereerst dient te worden beantwoord, is of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding conform het Duitse socialezekerheidsstelsel. Gelet op artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 heeft hij daarop aanspraak indien de zorg niet tijdig in Nederland kon worden geleverd. Verzoeker heeft gesteld dat hij niet tijdig in Nederland terecht kon. De ziektekostenverzekeraar heeft die stelling gemotiveerd bestreden. De commissie is van oordeel dat – nu verzoeker geen gebruik heeft gemaakt van de door de ziektekostenverzekeraar geboden wachtlijstbemiddeling – niet dan wel onvoldoende aannemelijk is geworden dat de zorg niet tijdig in Nederland kon worden geleverd. Gelet op artikel 19 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering heeft verzoeker daarom aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief.
- 9.3. Ter vaststelling van de hoogte van het tarief is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 06.11.06.0010.0333, met als omschrijving “Reguliere zorg / buikklachten / (bij)niertumor / extraluminale endoscopische operatie met klinische episode(n)”. Deze code komt de commissie – gelet op de bij verzoeker uitgevoerde ingreep, juist voor. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door middel van afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. Het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar

gemiddeld is overeengekomen voor de betreffende DBC-code is € 7.880,--. Genoemd bedrag is aan verzoeker uitgekeerd.

- 9.4. De DBC-systematiek wordt in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat zulks – gelijk bij verzoeker – niet steeds het geval zal zijn, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.6. Verzoeker heeft betoogd dat door een bij naam genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar de indruk is gewekt dat de ingreep volledig zou worden vergoed. Hij is er althans niet op gewezen dat het genoemde tarief enkel betrekking heeft op de kosten van de ingreep, en dat daarin niet zijn begrepen de kosten, verband houdend met complicaties en nacontroles. De commissie overweegt dat aannemelijk is dat niet specifiek is gesproken over vergoeding van eventuele complicaties en nacontroles. Daarentegen is verzoeker wel in meer algemene zin medegedeeld dat vergoeding plaatsvindt conform het Nederlandse stelsel. Gelet op het bepaalde in artikel 19 van de zorgverzekering had verzoeker kunnen en moeten weten dat de kosten van medisch-specialistische zorg worden vergoed met inachtneming van de DBC-systematiek. Uitgangspunt van de DBC-systematiek is dat één bedrag geldt voor het gehele behandeltraject. Tijdens het telefoongesprek is bovendien gezegd dat een schriftelijke aanvraag moest volgen. De uitkomst van de beoordeling daarvan was – althans ten aanzien van de hoogte van de vergoeding – niet zeker.

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, 22 juni 2011,

Voorzitter