

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, Da Vinci-Robot®, hoogte
vergoeding
Zaaknummer : 2010.01366
Zittingsdatum : 16 februari 2011

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,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Ziektekostenverzekering Mix (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 Aanvulling uitgebreid en Tandartskostenverzekering 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 vergoeding van de kosten van een "*Roboter-assistie radicale Prostatektomie*", uitgevoerd te Gronau (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de kosten gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van maximaal € 9.352,62, te vergoeden.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 juni 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 16 september 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 ver-

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 januari 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 januari 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 3 januari 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 31 januari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011001172) 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 op 1 februari 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 februari 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 21 februari 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 24 februari 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 de volgende diagnose gesteld: *“Prostatakarzinom Gleason 3+3=6 (ED 02/09) Art. Hypertonie”*.
- 4.2. Op 25 maart 2009 heeft de operatie waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker stelt dat hij door de behandelend arts in Nederland is geattendeerd op het St. Antonius-Hospital in Gronau, waar men is gespecialiseerd in de operatie met behulp van de Da Vinci-Robot®. Ook kon verzoeker in Duitsland sneller terecht dan in Nederland, waar voor deze behandeling een wachtlijst is van twee tot drie maanden.
- 4.4. De door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding is onevenredig laag in vergelijking tot de vergoeding verleend aan andere verzekerden. Uit informatie van een Nederlands ziekenhuis blijkt namelijk dat de DBC-code behorende bij deze operatie een tarief kent van omstreeks € 14.000,--.
- 4.5. Verzoeker is verder van mening dat – indien het door de ziektekostenverzekeraar genoemde tarief juist is – hij hiervan niet op de hoogte kon zijn. De tarieven zijn onvoldoende toetsbaar voor verzekerden.

- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn argumenten niet op adequate wijze heeft beantwoord. De ziektekostenverzekeraar heeft 'steken laten vallen', waardoor verzoeker financiële schade heeft geleden. Verzoeker mocht erop vertrouwen dat de operatie te Gronau geheel zou worden vergoed.
- 4.7. 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 vergoeding van € 9.352,62 is vastgesteld aan de hand van DBC-code 06.11.11.0040.0333. Genoemd bedrag is het gemiddelde van de met de gecontracteerde zorgverleners afgesproken tarieven, en omvat tevens de second opinion. Het ziekenhuis waar verzoeker op doelt, verleent topzorg, en kent hogere tarieven dan het gemiddelde. Bovendien betreft het bedrag van € 14.000,-- een zogenoemde "spijkerprijs", die wordt gehanteerd voor passanten.
- 5.2. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat in Nederland een lange wachttijd bestond, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoeker geen gebruik heeft gemaakt van de geboden wachtlijstbemiddeling. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat geen onderscheid wordt gemaakt tussen verzekerden.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het faxbericht van 17 maart op 24 maart is beantwoord. Dit heeft dus niet extreem lang geduurd. Zeker niet indien daarbij wordt betrokken dat de medisch adviseur niet altijd beschikbaar is. Het ging hier niet om een acute ziekte of ongeval. Zou er een levensbedreigende situatie hebben bestaan of een risico van gezondheidschade, dan was het anders geweest. Met betrekking tot de mededeling over de kosten geldt dat op 25 februari toestemming is gegeven voor een second opinion. De kosten daarvan zouden worden vergoed conform de landelijke tarieven. Hieronder kunnen ook B-DBC's worden verstaan.
- 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 zorgverleners, en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering.

Artikel 18.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch-specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging (dagopname), alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.”

Artikel 18.21 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 aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 3 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.”

Artikel 3 lid 2 van de zorgverzekering bepaalt het volgende:

“De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- *het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
- *indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*

Als aanspraak op zorg bestaat en als 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:

- *het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
- *indien en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)*

8.3. De artikelen 3, 18.2 en 18.21 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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 zorg indien een verzekerde gebruikmaakt van een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

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 gebleken is dat de aan verzoeker verleende zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar was. Verzoeker heeft gesteld dat de wachttijd in Nederland twee tot drie maanden bedroeg, doch hij heeft deze stelling niet met stukken onderbouwd. Bovendien heeft hij geen gebruik gemaakt van de door de ziektekostenverzekeraar geboden wachtlijstbemiddeling. De ziektekostenverzekeraar was daarom gerechtigd verzoeker een E 112-formulier te weigeren, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding op basis van EG-Verordening 1408/71.

9.2. Conform de polisvoorwaarden bestaat in dat geval aanspraak op vergoeding tot maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Ter vaststelling van het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de DBC-code 06.11.11.0040.0333 met als omschrijving: “Reguliere zorg / verhoogd PSA / prostaatcarcinoom / extraluminale endoscopische operatie met klinische episode(n)”. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. Het gemiddelde bedrag dat de ziektekostenverzekeraar voor deze DBC-code is overeengekomen bedraagt € 9.352,62. De gehanteerde DBC-code en het bijbehorende tarief komen de commissie – mede gelet op eerdere adviezen, waaronder Gcz 24 maart 2010 2009.01754 – juist voor.

- 9.3. Voor zover verzoeker stelt dat hij van het tarief niet voorafgaand aan de operatie op de hoogte kon zijn, overweegt de commissie het volgende. In de polisvoorwaarden is bepaald dat bij zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeding plaatsvindt tot maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Hieruit volgt dat de vergoeding lager kan zijn dan de daadwerkelijk te maken kosten. Verzoeker had voorafgaand aan de operatie bij de ziektekostenverzekeraar kunnen informeren naar de hoogte van de vergoeding. Daartoe bestond aanleiding omdat de gevraagde goedkeuring van de offerte voor de operatie uitbleef. Dat verzoeker zulks heeft nagelaten kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 maart 2011,

Voorzitter