

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, prostatectomie, operaties aan urethra, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.00171
Zittingsdatum : 18 april 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E beiden 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 verzekering ZorgZó (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 ExtraVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 operaties aan de urethra, uitgevoerd te Leuven (België), ter grootte van € 5.002,48 (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 18 maart 2011 en 28 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 14 oktober 2011 en 13 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 19 januari 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 maart 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 maart 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 april 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 8 maart 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 maart 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012030497) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker is geïndiceerd voor vergoeding van de prostatectomie conform het bij de gehanteerde DBC-code behorende bedrag. Verzoeker had een indicatie voor een radicale prostatectomie. In de Nederlandse DBC zijn ook de kosten begrepen van de behandeling van eventuele complicaties, zoals in het geval van verzoeker. Omdat het hier een B-DBC betreft, geldt hiervoor geen wettelijk maximumtarief, afgezien van een deel van het specialistenhonorarium. De ziektekostenverzekeraar heeft een tarief van € 7.138,43 gehanteerd. Verzoeker komt niet in aanmerking voor een hogere vergoeding dan dit bedrag. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 28 maart 2012 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 april 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 19 april 2012 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. Bij brief van 25 april 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. De urethrastrictuur en de urineretentie zijn het gevolg van de voorafgaande prostatectomie of hangen daar anderszins direct mee samen. De behandeling van deze complicaties behoort tot de volledige behandeling van de aandoening waarvoor verzoeker zich in Leuven onder behandeling had gesteld. Het is niet te beschouwen als een nieuwe behandeling.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is sinds 2008 onder controle bij een uroloog in het Kennemer Gasthuis in Haarlem. In het najaar van 2010 bleek dat hij een prostaatoperatie diende te ondergaan. In Nederland is een besparende prostatectomie enkel mogelijk in het Radboud Ziekenhuis in Nijmegen. Dit ziekenhuis had echter een wachtlijst, waardoor het te lang zou duren voor verzoeker aan de beurt was. Via zijn huisarts is hij terecht gekomen bij het UZ Gasthuisberg in Leuven. Verzoeker is aldaar in december 2010 door middel van een succesvolle besparende prostatectomie van zijn prostaatkanker afgeholpen.
- 4.2. De behandelend uroloog heeft in januari 2011 het volgende verklaard: “(...) *nadien twee episodes van retentie waarvoor telkens plaatsen van verblijfsonde in het zie-*

kenhuis van Hoofddorp. Huidige opname: 20-1-2011 cystoscopie: fibrotische zone 1 cm proximaal van de sfincter, gemakkelijk met scoop te passeren. Mictie verliep opnieuw een 2tal dagen goed, waarna opnieuw retentie volgde. Heden onderging patiënt een dilatatie van de anastomose door prof Van Poppel (...)".

- 4.3. In januari 2011, na het loskoppelen van de drains en de katheter, bleek sprake van urineretentie. Hiervoor heeft hij tweemaal het ziekenhuis in Haarlem bezocht, waarbij een katheter werd geplaatst. Aangezien de tweede keer zeer pijnlijk was, en de katheterisatie gepaard ging met bloedverlies, heeft hij zich op advies van de arts aldaar wederom gewend tot het ziekenhuis in Leuven. Onderzoek wees uit dat sprake was van een niet verklaarbaar trauma bij de urethra. Inmiddels is dit probleem (blijvend) verholpen, na een tweetal urethra-operaties op 24 januari 2011 en 15 februari 2011.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar weigert ten onrechte de kosten van deze beide operaties (ter grootte van € 4.685,94) te vergoeden. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt zien de betreffende kosten niet op onvoorziene complicaties, doch gaat het om de primaire behandeling van prostaatanker. Het is derhalve onbegrijpelijk dat deze kosten niet worden vergoed. Bovendien werd deze behandeling in Nederland (zelfs tot twee maal) wel vergoed.
- 4.5. Er is geen gebruik gemaakt van langdurige opname, noch van de aangeboden (en verzekerde) extra hulp, zoals psychologische begeleiding bij kanker. Ook de bekkenbodem fysiotherapie is qua kosten zeer beperkt gebleven. Voorts heeft verzoeker geheel ter goeder trouw gehandeld. De behandeling in Leuven was niet zijn idee. Deze optie is hem aangedragen door de behandelend arts en de huisarts. Vanwege de grote risico's voor zijn gezondheid, heeft hij zich tot het ziekenhuis in Leuven gewend. De kostenbegroting die verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar heeft gezonden ziet enkel op de behandeling, en niet op de later ontstane, en nooit voorziene, complicaties. Na de operatie ontving hij van de ziektekostenverzekeraar de machtiging voor de operatie in Leuven. In deze brief wordt niets vermeld over complicaties en de eventuele gevolgen daarvan, integendeel zelfs. Er is sprake van een zekere mate van flexibiliteit met betrekking tot de vergoeding. Verzoeker begreep uit deze brief dat ook eventuele complicaties onder de behandeling vielen, en dat daarmee de behandeling anders werd en dus ook het te vergoeden bedrag. De ziektekostenverzekeraar dient de kosten van de beide operaties te vergoeden, in ieder geval een substantieel deel ervan (minimaal de helft).
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het hem bevreemdt dat een radicale prostatectomie is aangevraagd. Er is namelijk een besparende prostatectomie uitgevoerd. Volgens zijn behandelend arts zou het na een dergelijke ingreep nog mogelijk zijn een erectie te krijgen. Dit is bij een radicale prostatectomie niet het geval.
De discussie betreft nu de twee urethra-operaties. Deze zijn te beschouwen als een nieuwe behandeling. Verzoeker stelt dat hij in december 2010, na de operatie, naar huis is gegaan en niet meer behoefde terug te keren naar Leuven. Er waren geen complicaties en er was geen heroperatie voorzien. Helaas bleek tweemaal een katheter noodzakelijk en verwezen de Nederlandse artsen hem terug naar Leuven. Hieruit blijkt dat het bij de urethra-operaties ging om een geheel nieuwe situatie: het was niet zijn keuze om hiervoor naar Leuven te gaan; dit werd hem door de artsen geadviseerd. Er is derhalve geen sprake van een complicatie van de eerdere ingreep. Het is

logisch dat je, ook met nieuwe klachten, naar de arts gaat die eerder in hetzelfde gebied heeft geopereerd, omdat die kennis heeft en je daar een band mee hebt.

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. Verzoeker heeft toestemming gevraagd zich voor een geplande operatie te wenden tot een zorgaanbieder buiten Nederland. Op 24 december 2010 is hem een machtiging verstrekt voor een prostaatoperatie in het ziekenhuis in Leuven. Voor deze ingreep geldt een (Nederlands) tarief van maximaal € 7.580,--, hetgeen het bedrag is dat ook wordt betaald aan gecontracteerde zorgaanbieders. Dit bedrag is aan verzoeker voldaan.
- 5.2. Verzoeker heeft getuige de documenten van het UZ Leuven een open radicale prostatectomie ondergaan. Een dergelijke ingreep kon in Nederland door een gecontracteerde zorgaanbieder tijdig plaatsvinden. Een open radicale prostatectomie is de klassieke ingreep bij een prostaatcarcinoom. Derhalve is geen verschil tussen de in Leuven uitgevoerde ingreep en de ingreep die in Nederland werd voorgesteld. Daarom is geweigerd een E112-formulier te verstrekken.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 24 december 2010, hetgeen een buitengewoon snelle reactie is op het verzoek van verzoeker, uitgelegd dat sprake is van een maximale vergoeding. Het betaalde bedrag ziet op het hele behandeltraject. Een behandeltraject bestaat uit alle onderzoeken, consulten, ingrepen en materialen die bij de complete behandeling gebruikt worden. Dit verschilt per behandeling. Als richtlijn dient te worden gehanteerd dat bij een operatie of ingreep alle kosten die gemaakt worden vanaf het eerste consult tot en met de laatste poliklinische controle na de operatie, onder de prijs vallen. Dus ook complicaties en eventuele heroperaties. De ziektekostenverzekeraar voert voorts aan dat behandelingen in het buitenland niet altijd goedkoper zijn dan in Nederland.
- 5.4. In de situatie van verzoeker is de behandeling zelf niet anders geworden. Verzoeker kreeg helaas vrij snel na de eerste operatie complicaties. De kosten van de daaropvolgende operaties om deze complicaties te verhelpen vallen onder de maximale vergoeding van € 7.580,-- en komen niet apart voor vergoeding in aanmerking. Het betreft immers nog steeds dezelfde behandeling zoals aangevraagd.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat volgens zijn medisch adviseur het "besparende" van een prostatectomie uitsluitend in de zenuwen zit. Bij iedere operatie zal echter het uitgangspunt zijn dat schade aan de zenuwen wordt voorkomen. Uit de stukken blijkt dat sprake is geweest van een radicale prostatectomie. Deze ingreep had in Nederland kunnen worden uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar onderschrijft derhalve het CVZ-advies. Er is inderdaad uitgegaan van de initiele DBC, waar dit de vervolg-DBC had moeten zijn. Het CVZ vergist zich echter ook door de tarieven van 2010 te hanteren, terwijl dit 2011 moet zijn. Voor verzoeker pakt dit gunstig uit, dus legt de ziektekostenverzekeraar zich hierbij neer. Waar het de tweede ingreep betreft, geldt dat retenties een complicatie vormen van de ingreep. Daarnaast is urethrastrictuur eveneens een complicatie van een prostatectomie of een los daarvan ontstaan probleem. Het terugverwijzen door de Nederlandse artsen naar Leuven past hierbij. Tot slot voert de ziektekostenverzekeraar aan

dat de aanvraag voor de prostatectomie dateert van 19 december 2010, en de ingreep op 20 december 2010 is uitgevoerd. Afgifte van een S2/E-112-formulier was derhalve niet mogelijk.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 is gehouden de aanspraak alsnog 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

(...)

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek en diagnostiek,*
- behandeling,*
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- laboratoriumonderzoek.*

(...)

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt.

(...)

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

(...)"

Artikel B9 regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder.

(…)”

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig.

(…)”

- 8.3. De artikelen B24 en B9 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- “1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Uit de stukken blijkt dat verzoeker op 19 december 2010 een aanvraag heeft gedaan voor de prostatectomie in Leuven. Aldaar is de ingreep op 20 december 2010 uitgevoerd. Eveneens op 20 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker per e-mail bericht dat voor een inhoudelijke beoordeling meer informatie nodig was. De commissie is van oordeel dat van de ziektekostenverzekeraar niet in redelijkheid kan worden verwacht dat deze de in het kader van de afgifte van een S2/E-112-formulier noodzakelijke beoordeling op een zo korte termijn uitvoert. Derhalve blijft in dit geval toetsing aan Verordening 883/2004 en het Werkingsverdrag achterwege, en

dient het recht op vergoeding uitsluitend te worden beoordeeld op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering. Of de zorg al dan niet tijdig in Nederland beschikbaar was is in dat kader niet langer van belang.

- 9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is – nadat de operatie had plaatsgevonden – een machtiging afgegeven voor een bedrag van € 7.580,--. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de DBC-code 06.1101.0040.0313 met als omschrijving “vervolg / verhoogd PSA / prostaatcarcinoom / open operatie met klinische episode(n)”. Deze code komt de commissie juist voor, gelet op de bij verzoeker uitgevoerde ingrepen en het advies van het CVZ van 21 maart 2012. 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 zorgaanbieders.
- 9.3. Nadat in Leuven een “nerve-sparing radicale prostatectomie” was uitgevoerd, heeft verzoeker klachten ontwikkeld, die hebben geleid tot twee operaties aan de urethra. Met betrekking tot de vraag of sprake is van dezelfde zorgvraag als die bedoeld onder 9.2 – in welk geval geen aanspraak bestond op vergoeding – heeft het CVZ in zijn definitieve advies van 25 april 2012 positief geantwoord. De commissie neemt deze conclusie van het CVZ over en maakt deze tot de hare.
- 9.4. De DBC-tarieven, die zijn gekoppeld aan een bepaalde zorgvraag, worden in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat zulks, met name bij een behandeling in het buitenland niet altijd het geval is, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegen-
geworpen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 mei 2012,

Voorzitter