

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, prostatectomie met behulp van Da Vinci Robot®, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.01536
Zittingsdatum : 1 december 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 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 13 april 2010 de kosten verbonden aan een "*Roboterassistierte radicale Prostatectomie*", ondergaan te Gronau (Duitsland) (hierna: de aanspraak) slechts gedeeltelijk te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Uitgebreid en [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengaan 750 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 27 juli 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).
- 3.4. 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 verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 september 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 oktober 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 4 oktober 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 oktober 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010122792) 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.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 december 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 2 december 2010 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 8 december 2010 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 arts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "*Prostatakarzinom T1c Nx Mx Gleason 3+3=6 (ED 11/09)*".
 - 4.2. Op 22 februari 2010 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
 - 4.3. Verzoeker stelt dat hij door de behandelend uroloog in Nederland is doorverwezen naar Gronau, vanwege de daar aanwezige uitgebreide expertise met betrekking tot operaties aan de prostaat met behulp van de Da Vinci Robot®.
 - 4.4. In 2009 vergoedde de ziektekostenverzekeraar nog € 8.859,-- voor een soortgelijke operatie, terwijl dit in 2010 nog maar € 8.503,52 is. Verzoeker vindt een en ander onbegrijpelijk, gezien de gestegen zorgkosten. De vergoeding zou daarom hoger moeten zijn.
 - 4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij in de eerste week van december 2009 aan een met name genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd om opgave van de hoogte van de vergoeding voor de door hem in 2010 te ondergane operatie. Daarop is hem toen geantwoord dat deze vergoeding € 8.859,- bedraagt. Verzoeker wenst volledige vergoeding.
 - 4.6. 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 bij zorg in het buitenland maximaal het in Nederland geldende tarief wordt vergoed. Bij een prostatectomie hoort de DBC-code 06.11.11.0040.0333 met een tarief van € 8.503,52, hetgeen aan verzoeker is uitgekeerd.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat verzoeker telefonisch het tarief voor 2009 is medegedeeld. Ingevolge artikel 15.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bestaat evenwel geen aanspraak op een hoger bedrag dan het onder 5.1 genoemde.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanspraak terecht gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 8.503,52, is ingewilligd.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 42 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
- Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging.(...)"

Het gaat om zorg die medisch-specialisten plegen te bieden. (...)"

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke marktconforme bedrag in Nederland. (...)"

Artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland. (...)”

Artikel 15.4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt het volgende:

“Wij vergoeden de zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden nadat we de rekening hebben ontvangen tot maximaal:

a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of

b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat. Het “marktconform bedrag” is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.”

- 8.3. De artikelen 15.4, 18 en 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 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.
- 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. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot gedeeltelijke vergoeding van de onderhavige behandeling is de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoeker voor deze behandeling een indicatie heeft, bevestigend beantwoord.
- 9.2. Waar het gaat om de hoogte van de verleende vergoeding, dient allereerst te worden onderzocht of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding conform artikel 22 van EG-Verordening 1407/81. De commissie is van oordeel dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat de onderhavige zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar was, zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was aan verzoeker een E112-formulier te verstrekken. Verzoeker heeft daarom, conform artikel 15.4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering, aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde tarief.
- 9.3. Ter vaststelling van het in Nederland geldende maximumtarief is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de DBC-code 06.11.11.0040.0333, met als omschrijving: “Reguliere zorg / verhoogd PSA / prostaatacarcinoom / extraluminale endoscopische operatie met klinische episode(n)”. De gehanteerde DBC-code komt de commissie – gezien de bij verzoeker uitgevoerde operatie – juist voor. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. Het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken voor de betreffende DBC-code is, ten tijde van de behandeling, € 8.503,52. Gelet op de polisvoorwaarden heeft verzoeker aanspraak op maximaal het in Nederland geldende tarief, welk bedrag aan hem is uitgekeerd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt noch dekking voor een prostatectomie, noch voor in het buitenland gemaakte (meer)kosten, zodat het verzoek ook op basis van die verzekering niet kan worden toegewezen.

Telefoongesprek 7 december 2009

- 9.5. Verzoeker stelt op 7 december 2009 telefonisch contact te hebben gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, waarbij verzoeker heeft vermeld dat hij in 2010 een operatie zou moeten ondergaan. Op de vraag naar de hoogte van de vergoeding is door de medewerker geantwoord dat deze € 8.859,-- zou bedragen. Door de ziektekostenverzekeraar is ter zitting bevestigd dat verzoeker het tarief voor 2009 is medegedeeld. De commissie acht derhalve voldoende aannemelijk dat een toezegging is gedaan voor vergoeding van een bedrag van € 8.859,--.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat verzoeker ter zake van de in het geding zijnde behandeling aanspraak heeft op een bedrag van maximaal € 8.859,--, ten laste van de zorgverzekering.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5 en 9.6. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 5 januari 2011,

Voorzitter