

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, laparoscopische radicale prostata-
tectomy met behulp van de Da Vinci®-Robot
Zaaknummer : 2009.01754
Zittingsdatum : 24 maart 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

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

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 29 april 2009 een “Roboter-assistiete Prostatektomie (...)”, uit te voeren in Gronau (Duitsland) (hierna: de aanspraak) slechts gedeeltelijk te vergoeden, te weten tot een bedrag van maximaal € 8.859,81.

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), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Uitgebreid Vitaal en TandengGaaf 500 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 29 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk is ingewilligd, te weten tot een bedrag van maximaal € 8.859,81.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 23 november 2009 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).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 27 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 januari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 februari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 29 januari 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 24 februari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010016993) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code heeft gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is op 25 februari 2010 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 maart 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 25 maart 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 31 maart 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend specialist heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "Prostatakarzinom cT2b Gleason 4+4=8 (ED 02/09). Z.n. Appendektomie".
- 4.2. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij hem begin 2009 een prostaatacarcinoom en een liesbreuk zijn geconstateerd, waarbij door zowel de huisarts als de uroloog werd benadrukt dat hij op korte termijn moest worden geholpen. Verzoeker heeft daarna diverse onderzoeken ondergaan, waarbij men tot de conclusie kwam dat een behandeling met de Da Vinci®-Robot het meest aangewezen was. In Nederland kon verzoeker echter nergens op korte termijn terecht voor deze ingreep, waarop hij is uitgeweken naar Gronau. De aanvraag voor de operatie is op 20 april 2009 per post en per fax naar de ziektekostenverzekeraar gezonden. Op basis van de urgentie van de operatie heeft verzoeker aangedrongen op een spoedige behandeling. Verzoeker heeft nog contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, waarbij hem werd medegedeeld dat een machtiging was afgegeven. Over de hoogte van het te vergoeden bedrag is destijds niet gesproken. Eerst op 5 mei 2009 – één dag voor de operatie – heeft verzoeker een bevestiging gekregen van de aanvraag, waarbij een akkoord is gegeven voor de operatie met een maximale ver-

goeding van € 8.859,81. De kosten van de operatie bedragen echter € 12.595 – waardoor een verschil van € 3.735,19 bestaat.

- 4.3. Op 6 mei 2009 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.4. De DBC-code waarop de vergoeding is gebaseerd betreft een prostatectomie waarvan het bedrag is vastgesteld voordat de Da Vinci®-Robot beschikbaar was. Deze code kan derhalve niet als juist worden aangemerkt.
- 4.5. Voorts merkt verzoeker op dat het advies van het CVZ van 23 januari 2008 – waarin werd geconcludeerd dat het niet voldoende aannemelijk is dat deze ingreep meer voordelen en betere herstelkansen geeft dan de open radicale verwijdering of de laparoscopische behandeling – inmiddels is achterhaald. Ruim anderhalf jaar later kan gesteld worden dat betere resultaten worden bereikt met de Da Vinci®-Robot in vergelijking met eerder genoemde alternatieve behandelingen.
- 4.6. Ten slotte stelt verzoeker dat andere verzekeraars de kosten tot een hoger bedrag vergoeden. In het kader van rechtsgelijkheid heeft hij derhalve recht op een hoger bedrag dan aan hem is uitgekeerd.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij door bemiddeling door Top Medical Care is terechtgekomen bij het ziekenhuis in Gronau. In Nederland zou behandeling namelijk eerst later kunnen plaatsvinden. Verzoeker heeft van twee andere verzekeraars – van andere verzekeraars – vernomen dat zij volledige vergoeding hebben gekregen. Ook is hem gebleken dat de operatie in Nederland € 3.000,-- meer kost dan in Duitsland.
- 4.8. 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het CVZ in mei 2007 een advies heeft uitgebracht over de laparoscopische prostatectomie met behulp van de Da Vinci®-Robot. Het CVZ concludeert dat de da Vinci®-Robot een technisch hulpmiddel is om de laparoscopisch uitgevoerde prostatectomie beter uit te voeren. Het gebruik van deze operatierobot verbetert en vergemakkelijkt de operatie en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ingreep komt aldus voor vergoeding in aanmerking, in zoverre dat zowel de open techniek als de gewone laparoscopische techniek bij de huidige stand van de wetenschap en praktijk als “even effectief” worden beschouwd. Men heeft bij deze afweging rekening gehouden met argumenten als de nauwkeurigheid en een kortere verpleegduur. Echter, pas als in de toekomst blijkt dat inzet tot minder complicaties en betere oncologische resultaten leidt, zal deze meerwaarde aantoonbaar zijn.
- 5.2. In de periode nadat het advies is uitgebracht, heeft de commissie de vergoedingstarieven voor het gebruik van de da Vinci®-Robot meermalen behandeld. De commissie merkt in haar bindende adviezen op dat het geen andere operatieve behandeling voor prostaatcarcinoom is, maar een hulpmiddel. Men verwijst daarbij naar een advies van het CVZ van 23 januari 2009, waarbij de meerwaarde in het kader van doelmatigheid niet is vastgesteld. Juist door het ontbreken van deze (aangebouwde)

meerwaarde moet men binnen de DBC-systematiek de meest passende DBC-code vinden binnen de andere operatieve behandelingen. Hierbij kan gekeken worden naar de behandelcodes die eindigen op 313 (open) of 333 (laparoscopisch). De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code is daarom juist. Verzoeker heeft enkel aanspraak op vergoeding van het Nederlands tarief, omdat geen sprake was van zorg tijdens verblijf in het buitenland die niet kon worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland.

- 5.3. Uit het contactregistratiesysteem blijkt dat voor de operatie op 30 maart 2009 en 4 mei 2009 telefonisch contact is geweest met verzoeker. Uit deze registraties blijkt niet dat telefonisch toestemming is gegeven voor deze ingreep en/of onjuiste mededelingen zijn gedaan. Op 4 mei 2009 is uitleg gegeven over de hoogte van de vergoeding. Gelet op het feit dat verzoeker op 6 mei 2009 is geopereerd, was hij voorafgaand aan de operatie op de hoogte van de hoogte van de vergoeding. De hoogte van deze vergoeding stond overigens ook al in de eerdere brief van 29 april 2009.
- 5.4. Aan verzoeker is geen E 112-formulier verstrekt, omdat de zorg tijdig in Nederland kon worden verkregen. De ziektekostenverzekeraar heeft contracten met meerdere ziekenhuizen die deze techniek hanteren. Verzoeker heeft echter niet voorafgaand aan de operatie gevraagd om hulp bij het zoeken naar een gecontracteerde zorgverlener. Verder accepteert de arts die verzoeker heeft bezocht, geen E 112-formulier, omdat hij particulier werkt en niet kan declareren bij de Krankenkasse.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de vergoeding is gebaseerd op een DBC-tarief uit het B-segment, waarbij met zorgverleners is onderhandeld over de prijs. Deze afspraken gelden voor alle verzekerden. Het kan zijn dat andere verzekeraars andere bedragen hebben afgesproken. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar nog op dat verzoeker geen gebruik heeft gemaakt van wachtlijstbemiddeling.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht tot een bedrag van maximaal € 8.859,81 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 een hogere vergoeding dan € 8.859,81 te verlenen ter zake van de door verzoeker ondergane operatie in Gronau, 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 43 van de zorgverzekering.
Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“20.2.2 Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van medisch-specialistische zorg zonder opname als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen. (...)”

Artikel 11 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“11.1 U woont in Nederland en krijgt zorg in het buitenland

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

11.4 Tarief en akkoordverklaring

Als u zorg inroept in een ander land dan uw woonland van een zorgverlener of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten dan kan het voor u vooraf niet altijd duidelijk zijn of u die zorg geheel, deels of misschien helemaal niet vergoed krijgt. Daarom raden wij u aan bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf onze zorgadvisering aan te vragen. Dat geeft duidelijkheid en bespaart u teleurstellingen achteraf. Het kan zelfs zo zijn dat wij meer vergoeden dan wij in de vergoedingsbepaling in deze voorwaarden hebben vastgelegd. (...)”

- 8.3. De artikelen 11 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 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.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de hiervoor onder 8 genoemde verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van een bedrag van

€ 8.859,81 ten laste van de zorgverzekering, zodat de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoeker hiervoor een indicatie heeft, onbesproken kan blijven.

- 9.3. Waar het gaat om de hoogte van de vergoeding, heeft verzoeker in de procedure niet voldoende aannemelijk gemaakt dat hij de benodigde zorg niet tijdig in Nederland kon krijgen, zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was aan hem een E 112-formulier te verstrekken ter uitvoering van het bepaalde in artikel 22 van EG-Verordening 1408/71. Vergoeding dient derhalve plaats te vinden volgens artikel 11 van de zorgverzekering, hetgeen inhoudt dat de kosten worden vergoed op basis van het in Nederland geldende tarief. Door de ziektekostenverzekeraar is in dat verband de DBC-code 06.11.11.0040.0333 gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving "Reguliere zorg / verhoogd PSA / prostaatcarcinoom / extraluminale endoscopische operatie met klinische episode(n)", en betreft een code uit het B-segment waarbij de tarieven worden afgesproken tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat het gemiddelde bedrag dat voor deze DBC-code is afgesproken met de zorgverleners € 8.859,81 is. Verzoeker heeft gesteld dat de gehanteerde DBC-code onjuist is, omdat deze is vastgesteld voordat de Da Vinci®-Robot bestond. Wat daarvan ook zij, de commissie is gebleken dat binnen de gegeven tariefsystematiek geen andere DBC-code bestaat die passender is voor deze behandeling, zodat verzoeker uitsluitend aanspraak heeft op het reeds door de ziektekostenverzekeraar uitgekeerde bedrag van € 8.859,81. De ziektekostenverzekeraar is niet gehouden tot uitkering van een hoger bedrag dan hij met de zorgverleners heeft afgesproken.
- 9.4. Het onder 9.3 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat zulks in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet geen aanspraak op een hogere vergoeding ontstaan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het hetgeen waarom verzoeker heeft verzocht, zodat de bespreking daarvan achterwege kan blijven.

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, 7 april 2010,

Voorzitter