

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg buitenland, endoscopische trans peritoneale robotgeassisteerde radicale prostatovesiculectomie (ETRAP) zonder pelviene lymfklierdissectie
Zaaknummer : 2008.0555
Zittingsdatum : 13 augustus 2008

Zaak: 2008.0555, geneeskundige zorg buitenland, endoscopische transperitoneale robotgeassisteerde radicale prostatovesiculectomie (hierna: ETRARP) zonder pelviene lymfklierdissectie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 18 december 2007 de door hem in Gronau (Duitsland) ondergane ETRARP slechts op basis van een DBC-prestatiecode te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.

3.2. De behandelend uroloog heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "prestaatcarcinoom CT1 c Nx Mx, Gleason 3+2=5 en instabiele hypertensie". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een ETRARP zonder pelviene klierdissectie en stabilisering van de hypertensie door een cardioloog" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak).

3.3. Op 12 december 2007 heeft het cardiologisch consult plaatsgevonden en op 17 december 2007 heeft de behandeling plaatsgevonden. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van de daarmee gemoeide kosten. Bij brief van 18 december 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.

3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn besluit te handhaven.

3.5. Bij brief van 20 februari 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. Bij brief van 19 maart 2008 heeft een bemiddeling plaatsgevonden, die heeft geleid tot het vergoeden van het cardiologisch consult naar Nederlands tarief.
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 4 juni 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juni 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en zorgverzekeraar hebben op 14 respectievelijk 20 juni 2008 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 12 juni 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 11 juli 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat voor verzoeker in Nederland tijdig een even doeltreffende behandeling voor handen was. Een afschrift van het CVZ-advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat tijdens de behandeling op 20 december 2007 een complicatie is opgetreden waardoor een andere ingreep heeft plaatsgevonden dan aanvankelijk was voorzien. Tijdens de operatie is een tumor van de prostaat aangetroffen, waardoor een deel van de prostaat moest worden verwijderd. De blaas is niet weggehaald.
In verband met zijn instabiele hoge bloeddruk was een consult van de cardioloog noodzakelijk zodat hij de operatie cardiaal zou overleven.
Om die reden meent verzoeker dat niet de DBC-systematiek dient te worden toegepast, maar de daadwerkelijk gemaakte kosten dienen te worden vergoed.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering recht heeft op vergoeding tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme tarief. Voor de ETRARP wordt daarom op basis van DBC-prestatiecode 06.11.11.0040.0313 maximaal € 8.462,04 uitgekeerd en voor het cardiologisch consult wordt maximaal € 190,09, op basis van DBC-prestatiecode 20.11.00.0609.0104, vergoed.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6 De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

De beoordeling van het geschil

7. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering.
- 7.1. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat.

"Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.

Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

(. . .)

- materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen. (. . .)

Door: medisch specialist.

Verwijzing door: huisarts, (..) medisch specialist (. . .).

Machtiging ja.

Bijzonderheden:

onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt ook verstaan verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg; (. . .)

Artikel 9.6 Buitenland, bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

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

- vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd;

- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. "

De definitie van een Diagnose Behandeling Combinatie luidt volgens artikel 1.15 van de zorgverzekering:

"het op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert. "

- 7.2. De regeling in de artikelen 1, 9 en 15 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering/van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering geba-

seerd Op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, 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 de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag naar de hoogte van de vergoeding voor de ETRARP en het cardiologische consult in Gronau.
- 7.6. Vast staat dat de behandeling met behulp van de Da Vinci® robot en het cardiologisch consult zijn te beschouwen als zorg die medisch-specialisten plegen te bieden als bedoeld in de zorgverzekering. Tussen partijen is niet in geschil dat sprake is van een indicatie. Met het bij brief van 18 december 2007 toekennen door de zorgverzekeraar van een vergoeding voor een laparoscopische prostatectomie, en voor een cardiologisch consult staat ook de doelmatigheid daarvan vast.
- 7.7. Ten aanzien van de onderhavige behandeling met behulp van de Da Vinci® robot oordeelt de commissie als volgt. De Da Vinci® robot ziet niet op een andere operatieve behandeling voor een prostaatcarcinoom, maar moet worden beschouwd als een hulpmiddel in het kader van een laparoscopische prostatectomie. De meerwaarde hiervan is blijkens een eerder advies van het CVZ van 23 januari 2008, zo begrijpt de commissie, niet vastgesteld.
De door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-prestatiecode 06.11.11.0040.0313 ziet op reguliere zorg / aanleiding verhoogd PSA/diagnose prostaatcarcinoom / laparoscopische operatie met klinische episode(n). Dit betreft een DBC-prestatiecode uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 6.343,00 voor het instellingsdeel en € 1.264,00 voor het specialistenhonorarium ten tijde van de aanvraag. De commissie is van oordeel dat, gelet ook op artikel 9.6 van de zorgverzekering, door de zorgverzekeraar de onder de gegeven omstandigheden meest passende DBC-prestatiecode is toegepast. Wellicht had nog gekozen kunnen worden voor behandelas 0333 in plaats van 0313, maar dit levert geen voor verzoeker gunstiger vergoeding op.
- 7.8. Voor zover het geschil ziet op de declaratie van het cardiologisch consult, overweegt de commissie het volgende. De door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-prestatiecode 20.11.00.0609.0104 ziet op reguliere zorg / overige vaataandoeningen/afwijkingen / enkelvoudig poliklinisch. Dit betreft een DBC-prestatiecode uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 112,00 voor het instellingsdeel en € 63,00 voor het specialistenhonorarium ten tijde van de aanvraag. De commissie is van oordeel dat voor het consult cardiologie de zorgverzekeraar onder

de gegeven omstandigheden in redelijkheid tot deze DBC-prestatiecode heeft kunnen komen. Wellicht is DBC-prestatiecode 20.11.00.0902.0104, dat ziet op reguliere zorg / hypertensie / enkelvoudig poliklinisch eveneens passend, doch ook hiervoor geldt dat deze niet tot een hogere vergoeding leidt.

- 7.9. Voorts berust de DBC-systematiek op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Aangezien alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn inbegrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-prestatiecode geëigend is.
- 7.10. Het onder 7.7 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties, waarbij sprake is van een behandeling in het buitenland, niet per definitie het geval zal zijn, doet geen aanspraak op een hogere vergoeding ontstaan. Feit is immers dat het gehanteerde tarief in de Nederlandse marktomstandigheden toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest. De zorgverzekeraar heeft in zijn brieven van 18 december 2007 en 3 januari 2008 kenbaar gemaakt dat de kosten worden vergoed tot het maximum van het in Nederland geldende tarief.
- 7.11. Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit per ziekenhuis en per periode een verrekenpercentage vastgesteld. Dit percentage, dat de vorm kan hebben van een toeslag, maar ook van een korting, dient onder andere ter compensatie van onderzoeks- en scholing staken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld, en is afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds. Aangezien het verrekenpercentage afhankelijk is van de situatie in het ziekenhuis, en het - anders dan het DBC-tarief - niet rechtstreeks verband houdt met de uitgevoerde behandeling, ziet de commissie geen dwingende reden in geval van behandeling in het buitenland een toeslag of korting toe te passen. Indien echter een zorgverzekeraar, om hem move-rende redenen, van oordeel is dat terzake van een uit het buitenland afkomstige declaratie een vergoeding inclusief dit verreken-tarief dient te worden vergoed, zoals in dit geval, zal de commissie in die beslissing niet treden.
- 7.12. Voor zover verzoeker stelt dat de facto een andere operatie is uitgevoerd dan is aan-gevraagd, omdat tijdens de ingreep zou zijn gebleken dat er een tumor in de prostaat aanwezig was, overweegt de commissie als volgt. Uit de brieven van verzoeker van 6 december 2007 en 3 januari 2008 blijkt dat door de uroloog in Nederland in eenderde deel van de prostaat tumorcellen zijn aangetroffen. Uit de brief van de behandelend uroloog in Duitsland blijkt dat voorafgaande aan de operatie een prostaatacarcinoom is gediagnosticeerd. Op basis hiervan is een operatie voorgesteld, te weten een ze-nuwsparende endoscopische transperitoneale robotgeassisteere radicale prostatec-tomie (de ETRARP). Dat vervolgens tijdens de operatie een tumor is aangetroffen, ligt naar het oordeel van de commissie op basis van deze gegevens in de lijn van de verwachtingen en brengt geen verandering op het vlak van het recht van vergoeding van kosten.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 augustus 2008,

Voorzitter