

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, laparoscopische radicale prostatectomie met behulp van de da Vinci® robot
Zaaknummer : 2007.2268
Zittingsdatum : 13 februari 2008

Zaak: 2007.2268, geneeskundige zorg, buitenland, laparoscopische radicale prostatectomie met behulp van de da Vinci® robot

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 en 13 Zvvv, 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,

De bestreden beslissing

2. Verzoeker komt op tegen na te melden besluit van de zorgverzekeraar van 7 augustus 2007 inzake door hoogte van de vergoeding voor een behandeling in België.

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 ZorgVerzorgd Polis (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 Zvvv.
- 3.2. De behandelend uroloog heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "c2cNOMO Gleasonscore 6 adenocarcinoom in alle 10 bipten links en recht met een initieel PSA van 10,2 l-Ig/l van de prostaat". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten, te weten € 11.895,69, van de door hem gewenste zorg bestaande uit een robot geassisteerde laparoscopische prostatectomie met behulp van de da Vinci® robot ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.
- 3.3. Op 30 augustus 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 21 augustus en 17 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 26 oktober 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 1 januari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 januari 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 januari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 16 januari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 4 januari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 23 januari 2008 zijn advies gegeven en de commissie geadviseerd tot een afwijzing, omdat, indien de da Vinci® techniek niet- of niet tijdig beschikbaar is, de open techniek en de gewone laparoscopisch techniek volgens de huidige stand van de wetenschap als "even effectief" gelden. Een afschrift hiervan 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 hij bekend is in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (AVL) in verband met een adenocarcinoom van de prostaat. In het AVL is met hem de mogelijkheid besproken van chirurgie en uitwendige radiotherapie. De operatie zou dan plaatsvinden met behulp van een da Vinci® robot geassisteerde laparoscopische prostatectomie. De wachttijd voor deze operatie in het AVL is 75 dagen. Ook op drie andere locaties in Nederland is de wachttijd rond de drie maanden. Gezien de uitgebreidheid van de tumor is er enige noodzaak tot snelle behandeling. In België is de wachttijd drie weken. Verzoeker heeft er om die reden voor gekozen de ingreep in België te laten plaatsvinden.
- 4.2. Verzoeker stelt de facto geen alternatief te hebben voor de ingreep met behulp van de da Vinci® robot gezien de voordelen van een laparoscopische ingreep boven de open-buik methode. Daarnaast stelt hij dat een gewone laparoscopische operatie in zijn situatie geen optie is gezien de grootte van de tumor. Met betrekking tot de DBC-tarieven merkt hij op dat deze in 2005 zijn vastgesteld, terwijl de operatie met behulp van de onderhavige techniek pas vanaf 2006 wordt uitgevoerd.
- 4.3. 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 zelf heeft gekozen voor een behandeling met de da Vinci® robot, terwijl uit de brief van de uroloog van 13 augustus 2007 blijkt dat hiervoor geen directe medische noodzaak bestaat. Tevens vermeldt de specialist van verzoeker dat een open operatie hetzelfde resultaat geeft. Hiervoor is mogelijk een kortere wachttijd van toepassing.
- 5.2. De DBC-code voor een laparoscopische procedure is 06.11.11.0040.0333, waarbij een tarief van hoort van € 6.343,00 voor het instellingsdeel en € 1.264,00 voor het

specialistenhonorarium. Hierbij is een toeslagpercentage van 25% over het instellingsdeel toegekend, hetgeen een totaalbedrag vormt van € 9.192,75.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoek(st)er 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. 7.1. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 8.4 van de zorgverzekering.

Artikel 8.4 lid 1 bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. Hierin staat, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:

"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (. . .) medisch specialisten (. . .) plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek (. . .)" (. . .)

In het kader onder artikel 8.4 staat, voor zover hier relevant, het volgende:

Voor de bovenstaande verzekerde prestatie: zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, (. . .) Dient de verzekerde zich te wenden tot: medisch-specialist (. . .) op voorwaarden van: verwijzing door huisarts, medisch specialist (. . . Vindplaats welke aanbieder is gecontracteerd: Website. Op verzoek wordt de lijst met gecontracteerde aanbieders toegezonden)"

Voorts wordt in artikel 8.2 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

"Oe inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. "

De mogelijkheid van vergoeding van de kosten in geval de zorg of dienst wordt betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geregeld in artikel 11 onder b, e en f van de zorgverzekering. Deze bepaling luidt, voor zover in dit kader relevant, als volgt:

"b. Voor zover verzekerde die zorg of een andere dienst betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heeft hij recht op vergoeding van de kosten van deze zorg of andere dienst overeenkomstig hetgeen hieronder bij 'Vergoeding bij niet gecontracteerde zorgaanbieder' is bepaald. (. . .)

e. Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet gecontracteerde aanbieder overeenkomstig het WMG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze de Nederlandse marktomstandigheden

passend zijn te achten. Zorgverzekeraar betreft in zijn vaststelling de gebruikelijke kosten zoals de betrokken aanbieder die in rekening brengt, de gangbare kosten die soortgelijke aanbieders in rekening brengen, en de redelijkheid gegeven de omstandigheden;
f Op het onder e bedoelde bedrag wordt een korting in mindering gebracht van 10%, met een maximum van € 200 per verzekerde per kalenderjaar. Deze korting wordt niet toegepast:
i bij onvoorziene en spoedeisende zorg,
ii bij het bestaan van wachtlijsten langer dan de Treeknorm,
iii in het geval de verzekerde zorg, of het type aanbieder waarin deze overeenkomst voorziet, niet is gecontracteerd of niet binnen redelijke afstand van verzekerde bereikbaar is.

- 7.2. De regeling in de artikelen 8.2, 8.4 en 11 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a van de 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.1, lid 2 is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 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 doelmatigheid van een laparoscopische prostatectomie met behulp van de da Vinci® robot ten opzichte van de standaard laparoscopische prostatectomie, in verband met de hoogte van de vergoeding voor de onderhavige behandeling.
- 7.6. Vast staat dat de behandeling met behulp van de da Vinci® robot is te beschouwen als zorg die medisch-specialisten plegen te bieden als bedoeld in de zorgverzekering. Partijen strijden evenmin over de vraag of sprake is van een indicatie. Met het toekennen van een vergoeding voor een laparoscopische prostatectomie door de zorgverzekeraar, zoals kenbaar uit zijn brief van 17 september 2007, staat ook de doelmatigheid van een laparoscopische operatie vast.
- 7.7. Ten aanzien van de doelmatigheid 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 prostaatacarcinoom, maar moet worden beschouwd als een hulpmiddel in het kader van een laparoscopische prostatectomie. De meerwaarde hiervan in het kader van de doelmatigheid is blijkens het advies van het CVZ van 23 januari 2008, zo begrijpt de commissie, niet vastgesteld.
De door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 06.11.11.0040.0333 ziet op Reguliere zorg / aanleiding verhoogd PSNdiagnose prostaatacarcinoom / laparoscopische operatie met klinische episode(n). Dit betreft een DBC-code 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 11 onder b van de zorgverzekering, door de zorgverzekeraar de onder de gegeven omstandigheden de meest passende DBC-code is toegepast.

- 7.8. 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 hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-code geëigend is.
- 7.9. Het onder 7.9 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 kenbaar gemaakt in zijn brief van 7 augustus 2007 en in die van 21 augustus 2007 dat aan verzoeker de kosten zouden worden vergoed tot het maximum van het in Nederland geldende tarief.
- 7.10. 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 scholingstaken 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 .
- 7.11. Ten aanzien van de spoedeisendheid staat vast dat blijkens de brief van de behandelend uroloog van 13 augustus 2007 "enige noodzaak tot snelle behandeling" bestond, hetgeen overigens voor de uroloog geen aanleiding is geweest verzoeker met voorrang op de wachtlijst te plaatsen. Uit deze brief blijkt overigens ook dat verzoeker "verkiest de operatie in België te laten plaatsvinden." Hoewel verzoeker een naturapolis heeft, heeft hij noch bij zijn aanvraag van 30 juli 2007, noch bij zijn verzoek tot heroverweging van 16 augustus 2007 gevraagd om de onderhavige zorg waarop hij op grond van de zorgverzekering aanspraak kan maken. De door de zorgverzekeraar aangeboden zorgbemiddeling is door verzoeker afgewezen.
- 7.12. Ook de stelling van verzoeker dat "gezien de grote van de tumor een normale laparoscopie niet mogelijk is, is, aangezien de da Vinci® robot slechts een hulpmiddel is bij een laparoscopische operatie, naar het oordeel van de commissie onbegrijpelijk.

De commissie ziet derhalve in het onder 7.11 en 7.12 overwogene, geen aanleiding tot een hogere vergoeding over te gaan.

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 februari 2008,
Voorzitter