

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, C te D
Zaak	: Zwitserland, geneeskundige zorg, re-excisie maligne melanoom met sentinel node procedure, hoogte van de vergoeding
Zaaknummer	: 2008.01576
Zittingsdatum	: 7 oktober 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 25 januari 2007 de door haar in Zwitserland ondergane re-excisie van een maligne melanoom met sentinel node procedure niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis (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, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. De behandelend oncoloog in Zwitserland heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "maligne melanomen op de borst en de buikwand". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan het verwijderen van de melanomen en een sentinel node procedure, gevolgd door een gecombineerde behandeling orthomoleculaire geneeskunde en dendritische celtherapie ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Vanaf 24 april 2006 hebben de behandelingen, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 2 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de re-excisie met sentinel node procedure te vergoeden tot maximaal het Nederlands tarief en zijn standpunt te handhaven met betrekking tot het meerdere.
- 3.5. Bij brief van 14 juli 2008 heeft verzoekster haar zaak aan de SKGZ voorgelegd, waarna een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.6. Bij brief van 15 oktober 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 23 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 mei 2009 aan verzoekster toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 mei 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 5 mei 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 16 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29049229) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen omdat verzoekster reeds meer uitgekeerd heeft gekregen dan het bedrag waarop zij overeenkomstig het in Nederland geldende tarief recht heeft. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 7 oktober 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 8 oktober 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden 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 14 oktober 2009 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in april 2006 de diagnose maligne melanoom is vastgesteld in een Nederlands ziekenhuis. Haar is destijds medegedeeld dat diverse onderzoeken en operaties pas twee maanden later konden plaatsvinden.
- 4.2. Verzoekster stelt dat haar schoonzus vier jaar daarvoor is overleden aan dezelfde vorm van melanoom. De schoonzus heeft destijds gezocht naar middelen en behandelingen die haar konden helpen. Zij is toen terecht gekomen bij dr. Pfeifer in Zwitserland. Het melanoom was echter al zo ver gevorderd dat behandeling te laat kwam. Voor verzoekster reden te meer om zich direct na de diagnose tot dr. Pfeifer in Zwitserland te wenden.
- 4.3. In Zwitserland heeft verzoekster een behandeling met dendritische celtherapie alsmede een re-excisie met sentinel node procedure ondergaan. De kosten daarvan bedragen in totaal € 28.000,--, hetgeen een veelvoud is van de € 5.000,-- die de zorg-

verzekeraar voor de onderhavige behandeling heeft willen vergoeden.

- 4.4. De dendritische celtherapie wordt door de zorgverzekeraar als experimenteel beschouwd. Verzoekster deelt die mening. Echter, van alle nota's die zij heeft betaald, is een bedrag van € 16.000,-- toe te rekenen aan deze behandeling. De overige kosten, te weten € 28.000,-- hebben betrekking op normale ziekenhuisbehandelingen die verzoekster ook in Nederland zou hebben ondergaan. Het betreft de kosten voor de operatie, de scans en medicatie.
- 4.5. Uit verschillende arresten van het Europese Hof, waaronder het arrest Smits en Peerbooms van 12 juli 2001, blijkt dat de verzekerde recht heeft op toegang tot topzorg, ook wanneer deze wordt geboden door een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft. Uit de jurisprudentie van het Europese hof volgt derhalve dat de zorgverzekeraar verplicht is de gemaakte kosten, met uitzondering van de kosten van de dendritische celtherapie, te vergoeden.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster nog aangevoerd dat zij een wachttijd van twee maanden voor het ondergaan van de behandeling te lang vindt, aangezien zeven weken de maximale wachttijd is. Voorts merkt zij op dat de zorgverzekeraar weliswaar een gedeelte van de kosten heeft vergoed, maar dat de werkelijk gemaakte kosten vele malen hoger zijn. De DBC-code die is gehanteerd, en het daarbij behorende tarief, heeft verzoekster niet kunnen achterhalen op de website van het Nza. Voorts merkt zij op dat haar bekend is dat de dendritische celtherapie niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De totale kosten van de behandeling bedroegen echter € 44.000,--, waarbij slechts € 16.000,-- uit dendritische celtherapie bestond. De DBC die is toegepast is derhalve zeer summier.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 de door verzoekster ondergane behandelingen dendritische celtherapie niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Om die reden komen de met deze zorg samenhangende kosten niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. Voor de re-excisie van de melanomen met de sentinel node procedure kan DBC-prestatiecode 11.00.0350.0203 worden toegepast als de behandeling wordt uitgevoerd door een algemeen chirurg, en DBC-prestatiecode 11.01.0511.0023 als de behandeling wordt uitgevoerd door een plastisch chirurg. Beide DBC-prestatiecodes kennen echter een tarief dat lager is dan de uitgekeerde € 5.000,--. Verzoekster heeft derhalve al meer vergoed gekregen dan waar zij recht op had.
- 5.3. Het bedrag van € 5.000,-- is vastgesteld op basis van de ingezonden nota's, die geen van alle expliciet zagen op de sentinel node procedure. Er zijn diverse nota's ingediend aan de hand waarvan het bedrag van € 5.000,-- is vastgesteld. Hoe men destijds aan de hoogte van dat bedrag is gekomen valt thans niet meer te achterhalen.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor de eerder genoemde DBC-code nog vier cijfers horen, te weten 0303. Wanneer deze code volledig wordt ingevoerd op de website van de Nza, verschijnt de desbetreffende DBC-code, met het daarbij behorende tarief van € 3668,35. De behandeling die bij ver-

zoekster is uitgevoerd, is er één in twee delen, namelijk de sentinel node en de dendritische celtherapie. Eerstgenoemde behandeling is gebruikelijk, laatstgenoemde niet. Daarom is alleen een vergoeding gegeven voor de sentinel node procedure.

- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op een hogere vergoeding dan € 5.000,-- voor de door haar in Zwitserland ondergane behandeling van maligne melanomen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 en verder van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 2 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Onder b wordt het volgende bepaald:

"b Niet-klinische medisch specialistische zorg door een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (...)

omschrijving:

onderzoek en behandeling (poliklinisch of in dagverpleging) door een medisch specialist in een ziekenhuis of behandelcentrum.

Zorgverlening:

medisch specialisten in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Prestatie:

de vergoeding van kosten

Verwijzing:

huisarts (...) bedrijfsarts of medisch specialist."

Artikel 12 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering ziet op de buitenlanddekking en bepaalt in lid 4:

"De verzekerde die in Nederland woont en die naar het buitenland gaat voor medische zorg, heeft recht op die zorg, dan wel vergoeding van de daarvoor gemaakte kosten, volgens de polisvoorwaarden, met dien verstande, dat de zorgverzekeraar voor intramurale zorg vooraf toestemming verleend moet hebben. Bij het beoordelen van de aanvraag voor toestemming wordt gelet op de termijn waarbinnen de gevraagde behandeling in Nederland zou kunnen plaatsvinden, het behandelplan alsmede de daarvoor begrote kosten."

Verder bepaalt artikel 7 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering, voor zover hier van belang, het volgende:

“Omvang van de dekking

”1. a Vergoeding van kosten van zorg, als in deze zorgverzekering omschreven, omvat de vormen van zorg die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de Wet en het Besluit zorgverzekering. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden 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 of diensten. U ontvangt slechts vergoeding van de kosten van zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

b De lijst van aanspraken beschrijft per vorm van zorg precies waar de verzekerde recht op heeft (inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging).

c De kosten worden vergoed op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. (...)

2. a De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten

b De vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief;

- indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.”

- 7.3. De artikelen 2 en 12 van de ‘lijst van aanspraken’, en artikel 7 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde 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 2.1, tweede lid 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. In artikel 2.2, lid 2 is vervolgens 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 zijn te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen worden medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Voorop gesteld zij dat verzoekster is verzekerd op basis van een klassieke restitutiepolis. Dit betekent dat verzoekster altijd gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorgverleners, zonder dat dit haar kan worden tegengeworpen. Voor de vergoeding van de zorg dient echter wel aan de overige voorwaarden van de zorgverzekering te

worden voldaan. Zo dient een behandeling te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, dient verzoekster te beschikken over een (verzekerings)indicatie en moet aan de overige voorwaarden van de zorgverzekering zijn voldaan. Aangezien partijen niet strijden over vorengenoemde punten rest de vraag naar de hoogte van de vergoeding.

- 7.7. Verzoekster beroept zich in algemene zin op jurisprudentie van het Europese Hof. De commissie legt dit uit als een beroep op artikel 22 lid 1 onder sub c-i van de EG-Verordening 1408/71. Op grond van artikel 22 lid 1 sub c in samenhang met lid 2 van EG-Verordening 1408/71 kan een verzekerde, voorafgaand aan de behandeling, bij zijn zorgverzekeraar om een E 112-formulier verzoeken. Indien dergelijke toestemming wordt geweigerd, kan achteraf worden getoetst deze op de juiste gronden is onthouden.
Een dergelijke toetsing hoeft op grond van het arrest Stamatelaki (HvJ EG 19 april 2007, zaak C-444/05) niet te worden toegepast indien geen voorafgaande toestemming conform artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 is gevraagd.
- 7.8. De commissie stelt vast dat de eerste aanvraag van verzoekster om vergoeding van de onderhavige operatie in Zwitserland, heeft bestaan uit het indienen van de nota's voor de onderhavige operatie, met een begeleidend schrijven, hetwelk dateert van 14 december 2006.
De commissie is van oordeel dat in deze situatie niet gesproken van worden van een voorafgaand aan de behandeling ingediende vraag om toestemming als bedoeld in artikel 22 lid 1 sub c in samenhang met lid 2 van EG-Verordening 1408/71.
Uit niets is de commissie gebleken dat de noodzaak van de behandeling dermate urgent was dat van verzoekster in redelijkheid niet verwacht had kunnen worden de zorgverzekeraar een redelijke termijn te gunnen om een dergelijk verzoek tot toestemming te beantwoorden.
De commissie stelt vervolgens vast dat op de op 9 januari 2008 gedateerde uitkeringsspecificatie een – overigens niet gespecificeerd – bedrag van € 5.000,--, kennelijk voorshands, is bepaald. Uit die enkele omstandigheid valt naar het oordeel van de commissie niet af te leiden dat daarmee het vereiste van voorafgaande toestemming impliciet door de zorgverzekeraar is prijsgegeven, althans dat het ontbreken van voorafgaande toestemming de zorgverzekeraar niet meer kan worden tegengeworpen. De hoogte van de vergoeding voor de onderhavige operatie in Zwitserland dient derhalve te worden vastgesteld op grond van de voorwaarden van artikel lid 2 onder b van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
- 7.9. Voor het vaststellen van het marktconforme tarief voor zorg die in het buitenland is genoten sluit de commissie aan bij de richtlijnen die zijn opgenomen in eerdere jurisprudentie van het CVZ, onder andere RZA 2006.77 van 21 maart 2006. Op grond hiervan worden de losse zorgcomponenten van de in het buitenland genoten zorg vertaald in een diagnose-behandel-traject waaraan in de Nederlandse systematiek een DBC-code is gekoppeld, met een bijbehorend tarief. Dit tarief dient vervolgens als marktconform tarief te worden aangemerkt.
- 7.10. Met betrekking tot het tarief voor de onderhavige operatie oordeelt de commissie als volgt. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandel Combinatie (DBC). De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-prestatiecode 03.11.00.0350.0203 ziet op "reguliere zorg/ maligne melanoom van huid / operatief met klinische periode(n)", hetgeen ook op grond van het CVZ-

advies naar het oordeel van de commissie de meest passende DBC-prestatiecode is. Dit betreft op het moment van de operatie een DBC-prestatiecode uit het A-segment. Vaststaat dat het bij die code behorende tarief € 2.617,45 bedraagt ten tijde van de aanvraag, zoals blijkt uit de Tariefapplicatie van de Nederlandse zorgautoriteit (Nza).

- 7.11. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Aangezien alle meegezonden rekeningen, behoudens die van reis- en verblijfskosten, betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn begrepen 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-tariefcode is geëigend. Indien de zorgverzekeraar om hem moverende redenen overgaat tot het vergoeden van een hoger bedrag zoals in het onderhavige geval, zal de commissie daar niet in treden.
- 7.12. Het onder 7.10 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief. Naast het DBC-tarief wordt door de Nza 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. Nu 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.
- 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, 21 oktober 2009,

Voorzitter