

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg buitenland, controle na hoornvliestransplantatie
Zaaknummer : ANO08.147
Zittingsdatum : 11 juni 2008

Zaak: ANO08.147, geneeskundige zorg buitenland, controle na hoornvliestransplantatie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5 en 2.39, 2.40, e.v., bijlage 1 en 2 Rzv)

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 24 mei 2007 het medicijn CellCept® (werkzame stof: mycofenolzuur) en de controleconsulten in Duitsland niet volledig te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 25 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat het medicijn CellCept® (werkzame stof: mycofenolzuur) voor 84 percent wordt vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 26 september 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de nota's voor het medicijn CellCept® volledig te vergoeden
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 9 januari 2008 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. De zorgverzekeraar heeft aan-gegeven zowel de nabehandelingen als het medicijn Cellcept® conform het Nederlandse tarief te vergoeden. Een afschrift hiervan is op 10 januari 2008 aan verzoeker gezonden. Hierbij is verzoeker verzocht aan te geven of het geschil hiermee opgelost was. Verzoeker heeft eind januari 2008 per telefoon kenbaar gemaakt dat hij de ge-

maakte kosten volledig vergoed wenst te krijgen.

- 3.7. Bij brief van 10 maart 2008 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.8. Bij brief van 10 maart 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 3 april 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker voor zowel de Cellcept® als de nacontroles in Duitsland af te wijzen omdat conform het Nederlandse vergoedingensysteem de maximale bedragen reeds zijn uitgekeerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Bij brief van 3 april 2008 heeft verzoeker een verklaring van zijn behandelend oogarts in Nederland overgelegd over de wenselijkheid van de nacontrole van de oogoperatie door de opererend oogarts in Duitsland.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 11 juni 2008 gehoord. Verzoeker in persoon, de zorgverzekeraar telefonisch. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 12 juni 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 20 juni 2008 van het CVZ bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is een 46-jarige man die sinds zijn geboorte bekend is met oogproblemen. In de zomer van 2003 heeft hij in Duitsland zijn derde hoornvliestransplantatie ondergaan. Omdat de aandoening van zijn ogen zo weinig voorkomt, hij is de enige in Nederland met deze problematiek, kan hij uitsluitend door deze Duitse arts geholpen worden. De behandelend medisch-specialist schrijft sindsdien het medicijn CellCept® (werkzame stof: mycofenolzuur) voor om afstotingsreacties van het transplantaat te voorkomen.
- 4.2. Verzoeker stelt aanspraak te kunnen maken op een vergoeding van 100 percent van de medische kosten van een behandeling in een Duits ziekenhuis op advies van zijn behandelend oogarts en is het niet eens met de beslissing van de zorgverzekeraar slechts 84% van de nota's te vergoeden. Voor de primaire behandeling heeft de zorgverzekeraar destijds een machtiging afgegeven. Gedurende drieënhalf jaar zijn de kosten van de nabehandeling wel volledig vergoed. Bovendien wordt door zijn oogarts gepleit voor controle door de arts in Duitsland die de hoornvliestransplantatie heeft uitgevoerd.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker medegedeeld dat door de zorgverzekeraar tegemoet is gekomen aan het huidige verzoek. Binnen niet al te lange tijd moeten de hechtingen worden verwijderd, hetgeen met opname gepaard zal gaan. Verzoeker wil op voorhand een uitspraak van de commissie over de vergoeding van deze behandeling.

- 4.4. Verzoeker stelt voorts dat er een lacune is in de polisvoorwaarden. Hij gaat immers niet voor spoedeisende zorg naar het buitenland en evenmin verblijft hij in het buitenland. Hij gaat voor zorg die in Nederland niet te verkrijgen is naar het buitenland. En juist in deze situatie voorziet (de regeling van) de zorgverzekering niet.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat de nabehandeling en het medicijn CellCept® in zijn situatie volledig vergoed dienen te worden.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover in het onderhavige geschil van belang, het volgende. Verzoeker heeft een naturapolis. Op grond van de artikelen 9.3.1 en 12.4 van die polis worden de kosten van behandelingen in een niet-gecontracteerde buitenlandse zorginstelling vergoed tot ten hoogste 100 percent van de kosten van de gemiddelde tarieven van 2006.
- 5.2. In de situatie van verzoeker is uitgegaan van de verkeerde bedragen, waardoor verzoeker meer heeft uitgekeerd gekregen dan waarop hij volgens het in Nederland geldende tarief recht heeft.
- 5.3. Voor de vergoeding van de kosten van de vervolghandelingen na een hoornvliestransplantatie in Duitsland, moeten conform het Nederlandse vergoedingstelsel de volgende DBC-codes worden gehanteerd:
- 01.11.00.0457.0011 reguliere zorg / keratoconus / conservatief poliklinisch, waarvoor een tarief van € 146,00 is gegeven.
 - 01.00.0659.0011 reguliere zorg / overige pathologie retina / conservatief poliklinisch, waarvoor een tarief van € 269,00 is gegeven.
- Dit houdt in dat in totaal een maximum van € 415,00 van de kosten van de vervolghandelingen wordt vergoed. Van de door verzoeker ingediende rekeningen van € 341,44 voor de nabehandelingen is € 303,50 vergoed. Het resterende bedrag van € 37,94 wordt alsnog vergoed.
- Deze vergoeding betreft, in afwijking van eerdere uitlatingen, 100 percent van het in Nederland geldende tarief.
- 5.4. De kosten van het medicijn CellCept® worden alsnog vergoed op basis van artikel 28 lid b van de zorgverzekering.
- 5.5. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat deze behandeling in Nederland niet voorhanden is, stelt de zorgverzekeraar dat deze vraag niet beantwoord hoeft te worden omdat verzoeker voor zijn behandeling uit eigener beweging naar het buitenland is gegaan.
- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat niet meer hoeft te worden vergoed dan het in Nederland geldende marktconforme tarief.
6. De bevoegdheid van de commissie
- Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat.

*“Omschrijving:
geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”*

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

*Machtiging:
ja.”*

Vergoeding voor farmaceutische zorg is geregeld in artikel 28 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor zover van belang wordt hierin bepaald:

*“Omschrijving:
aflevering van:
a. de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor-
zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar.
b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorzie-
ning in Nederland mogen worden afgeleverd, als het rationele farmacotherapie betreft.*

*Per voorschrift heeft de verzekerde aanspraak op geneesmiddelen voor een periode
zoals vastgesteld in het Reglement farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar.”*

Artikel 9.1.1 van de zorgverzekering bepaalt met betrekking tot zorg in het buitenland, voor zover van belang, het volgende:

*“De verzekerde die in Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:
- (...)
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoor-
waarden van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of
zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaar-
den.”*

Artikel 12.4 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier relevant:

*“Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar
geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten tot
ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2006, zoals deze voor de betref-
fende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betref-
fende zorgaanbieders.
Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten
hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2006
(...)
Medisch-specialistische zorg (artikel 15 tot en met 21) (...)*

(...)

De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie van de zorgverzekeraar. Het Reglement restitutie 2007 van de zorgverzekeraar maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook de website van de zorgverzekeraar"

Artikel 5 van het Reglement restitutie 2007 van de zorgverzekeraar bepaalt vervolgens:

"De maximale vergoedingen voor de verschillende vormen van zorg zijn opgenomen in de artikelen 6 tot en met 20 van dit Reglement restitutie 2007. Deze vergoedingen zijn de maximale vergoedingen als resultaat van de berekening volgens artikel 2, Verzekerde prestaties."

Artikel 2 Verzekerde prestaties van het Reglement restitutie komt overeen met artikel 12.4 van de zorgverzekering.

Artikel 15 van het Reglement restitutie bepaalt, voor zover van belang:

"Voor geneesmiddelen die geleverd worden door een apotheek of apotheekhoudende huisarts, met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, worden de kosten vergoed tot ten hoogste 80% van de hiervoor in de Z-index vastgelegde apotheekinkoopprijs vermeerderd met de Wmg-opslag (voor geneesmiddelen die niet onder de Wmg vallen is de opslag vastgesteld op 40%)."

- 7.2. De regeling van de artikelen 9, 12, 15 en 28 van de zorgverzekering, en de artikelen 2, 5 en 15 van het Reglement restitutie 2007, zijn volgens artikel 2.11 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 Bzv is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt 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.
Farmaceutische zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van medisch-specialistische en farmaceutische zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, alsook die van de vraag naar de indicatie in dit geval niet langer in geschil zijn. Met de schriftelijke mededeling door de zorgverzekeraar van 9 januari 2008 de nabehandeling in

Duitsland en de Cellcept® te vergoeden, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg en de vraag naar de indicatie immers niet meer relevant. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag naar de hoogte van de vergoeding voor de in Duitsland ondergane nabehandeling van de hoornvliestransplantatie.

- 7.6. Met betrekking tot de nabehandeling in Duitsland, oordeelt de commissie als volgt. Voor het vaststellen van het marktconform 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.
- 7.7. De commissie stelt vast dat de door verzoeker ondergane nabehandeling, verricht door een oogarts, volgens de zorgverzekeraar dient te worden vertaald in de DBC-codes 01.11.00.0457.0011 dat ziet op reguliere zorg, keratokonius, conservatief poliklinisch en 01.11.00.0659.0011 dat ziet op reguliere zorg, overige pathologie retina, conservatief poliklinisch. De commissie ziet geen reden andere dan wel aanvullende DBC-codes toe te passen. Het betreffen DBC-codes uit het A-segment. De bij die codes behorende tarieven, te weten € 146,00 en € 269,00 ten tijde van de aanvraag, zoals blijkt uit de NZa Tariefapplicatie, zijn een gegeven.
- 7.8. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Nu alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn begrepen in de DBC-tarieven voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-tariefcodes is geëigend.
- 7.9. Het onder 7.7 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, nu het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daar niet aan 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 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. 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.
- 7.10. Verzoeker heeft een naturapolis. Hij dient in beginsel gebruik te maken van gecontracteerde zorg. Indien hij gebruik wenst te maken van niet-gecontracteerde zorg, wordt de vergoeding daarvan geregeld in artikel 12.4 van de zorgverzekering. Ook de bepalingen over de vergoeding van zorg in het buitenland, dienen tegen de achter-

grond van artikel 12.4 van de zorgverzekering te worden geïnterpreteerd.

Op grond artikel 12.4 van de zorgverzekering, wordt ten tijde van de onderhavige nabehandelingen voor bovenstaande DBC-codes maximaal € 415,00 vergoed. De door verzoeker ingediende rekening van € 341,44 voor de nabehandelingen is uiteindelijk volledig door de zorgverzekeraar vergoed.

- 7.11. Met betrekking tot het medicijn Cellcept®, oordeelt de commissie dat Cellcept® een geregistreerd geneesmiddel is dat door de Minister van VWS is aangewezen en waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld, welke door de zorgverzekeraar met de Nederlandse apotheek, die dit medicijn aan verzoeker levert, wordt verrekend.
- 7.12. Voor zover het verzoek ziet op de kosten voor zorg, die in de toekomst worden verwacht, ook al is die zorg, zoals in de onderhavige situatie, voorzienbaar oordeelt de commissie dat zij op grond van artikel 114 Zvw niet bevoegd is om kennis te nemen van verzoeken terzake van toekomstige gebeurtenissen die, bij gebreke van een deugdelijke heroverweging op een afwijzing van een aanvraag dan wel op een declaratie van de kosten, om die reden nog niet als geschil kunnen worden gekwalificeerd. De daarmee samenhangende vragen moeten derhalve onbesproken blijven.
- 7.13. De commissie hecht eraan te benadrukken dat op een aanbieder van een zorgverzekering in natura een zorgplicht rust, die zich kenmerkt door een (resultaats)verplichting de verzekerde *op diens verzoek* te informeren over de door hem gecontracteerde zorgaanbieders waar die zorg kan worden verkregen waar verzoeker redelijkerwijs op is aangewezen, op voorwaarde althans dat deze zorg, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden en daarmee een verzekerde prestatie is.
- 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 juni 2008,

Voorzitter