

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU-EER, Geneeskundige zorg, robotgestuurde prostatectomie
DaVinci
Zaaknummer : 2009.01745
Zittingsdatum : 7 april 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

- 2.1. Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 7 mei 2009 de kosten van een robotgeassisteerde prostatectomie, uitgevoerd in het St. Antonius Hospital te Gronau (Duitsland) te vergoeden tot maximaal 80 percent van het in Nederland geldende marktconforme tarief bij een niet-gecontracteerde zorginstelling.

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 Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Plus polis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken. Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. ROOS medische dienstverlening heeft, naar aanleiding van de bij verzoeker gestelde diagnose, met de brief van 23 april 2009 bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de onder 2 genoemde behandeling ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van de gevraagde behandeling zullen worden vergoed tot maximaal 80 percent van het in Nederland geldende marktconforme tarief bij een niet-gecontracteerde zorginstelling.
- 3.3. Op 12 mei 2009 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. Na het indienen van de nota voor deze behandeling ad € 12.595,-- heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 6.135,40 vergoed aan verzoeker.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 25 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar, naar de commissie aanneemt, via de Ombudsman Zorgverzekeringen aan verzoeker medegedeeld zijn

standpunt te handhaven.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 6 oktober 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 15 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 december 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 maart 2010 telefonisch medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 maart 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 22 december 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 januari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 29140074) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het door de ziektekostenverzekeraar geboden alternatief binnen de zogenoemde Treek-normen valt en de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC heeft gebruikt voor het vaststellen van de vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 april 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Naar aanleiding van hetgeen tijdens de hoorzitting door partijen is gesteld, heeft de commissie na de hoorzitting nog enkele vragen gesteld aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop geantwoord dat verzoeker door hem is verwezen naar het Maasstadziekenhuis (Rotterdam) en niet naar het Maaslandziekenhuis (Sittard), zoals door verzoeker tijdens de hoorzitting is gesteld. Desgevraagd deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat met het Maasstadziekenhuis voor deze ingreep een tarief is overeengekomen van € 8.507,22. Dit is hoger dan het Nederlandse marktconforme tarief.
- 3.13. Bij brief van 8 april 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 27 april 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 uroloog heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: “links geen afwijkingen, rechts in 1/3 van de bipten een klein focus prostaatcarcinoom, Gleasons score 3+3=6. Het focus is kleiner dan 1 mm”. ROOS medische dienstverlening heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op “een robotgeassisteerde prostatectomie in het St. Antonius Hospital te Gronau”.
- 4.2. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het in deze kwestie draait om kostbare tijd, omdat hij zo snel mogelijk geopereerd moest worden in verband met prostaatkanker. Hij heeft meerdere keren telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft niet snel genoeg en klantvriendelijk op zijn verzoek gereageerd.
- 4.3. De aangeboden alternatieve behandeling in het Maasstadziekenhuis is onvoldoende omdat de betreffende ingreep aldaar pas drie maal is uitgevoerd en een wachttijd van in totaal vijf weken geldt, terwijl de ingreep in Gronau reeds gepland kon worden op 12 mei 2009. Omdat in het Maasstadziekenhuis de door hem ondergane ingreep ongeveer € 8.100,- kost, heeft de ziektekostenverzekeraar kennelijk een verkeerde DBC gehanteerd.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar op 6 mei 2009 een bericht heeft achtergelaten op zijn voicemail, met het verzoek de ziektekostenverzekeraar de week daarna terug te bellen. Aangezien zijn operatie op 12 mei 2009 gepland was, heeft verzoeker op 7 mei 2009 de ziektekostenverzekeraar teruggebeld. Hem is toen verteld dat 80 percent van de kosten vergoed zouden worden. Tevens is hij toen verwezen naar het Maaslandziekenhuis (Sittard). Volgens het CVZ zouden de drie varianten om de onderhavige ingreep uit te voeren elkaar niet of nauwelijks ontlopen. Verzoeker is het hier absoluut niet mee eens; bij de behandeling met de Da Vinci robot is de kans op klachten na de ingreep een stuk kleiner dan met de andere methoden en ook de overlevingskans ligt een stuk hoger.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 de kosten van medisch specialistische zorg die is verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden vergoed tot 80 percent van het WMG- of Nederlandse marktconforme tarief. Voor de resterende 20 percent geldt dat dit deel voor rekening van de verzekerde blijft, waarbij echter een maximum van € 500,- wordt gehanteerd. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan zijn eveneens voor rekening van de verzekerde. Bij dit alles is uitgangspunt dat de benodigde zorg tijdig beschikbaar is bij een gecontracteerde zorgverlener, eventueel na zorgbemiddeling. Indien dit niet het geval is, heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van de kosten van de behandeling tot 100 percent van het WMG- of Nederlandse marktconforme tarief. De door verzoeker benodigde zorg was tijdig beschikbaar bij een

door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Dit is aan verzoeker medegedeeld voordat hij de ingreep zou ondergaan. Indien verzoeker gebruik had gemaakt van de door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde zorgverlener, zouden de kosten volledig zijn vergoed; thans bestaat recht op maximaal 80 percent van het WMG-tarief.

- 5.2. Voor de onderhavige behandeling is de DBC-code 06.11.01.0040.0333 van toepassing. Het marktconforme tarief voor deze DBC is € 6.635,40. Verzoeker heeft derhalve recht op een vergoeding van 80 percent van dit tarief. Omdat de resterende 20 percent echter het bedrag van € 500,- overstijgt, heeft verzoeker aanspraak op een vergoeding van € 5.308,32 + € (1.327,08 – 500,-) = € 6.135,40.
- 5.3. Niet is te achterhalen of verzoeker klantvriendelijk is bejegend. Het is te betreuren dat deze indruk is ontstaan. De aanvraag is voorspoedig behandeld, rekening houdend met de behandeldatum. Voorts is contact gezocht met verzoeker om hem tijdig zo volledig mogelijk te informeren. Er is tot slot intern sprake geweest van overdracht in verband met afwezigheid.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat er voorafgaand aan de ingreep op meerdere momenten contact is geweest met verzoeker. Tijdens deze contacten is verzoeker ondermeer verwezen naar het Gezondteam en het Maasstadziekenhuis. Het Maasstadziekenhuis hanteert een ander tarief voor deze ingreep, maar voor de berekening van de vergoeding wordt uitgegaan van het marktconforme tarief; dit is een gewogen gemiddelde. Het door verzoeker genoemde bedrag van € 8.100,- dat het Maasstadziekenhuis in rekening zou brengen voor deze ingreep is het tarief voor patiënten die niet verzekerd zijn bij een gecontracteerde verzekeraar. Overigens heeft het vooronderzoek al op 9 april 2009 plaatsgevonden; de aanvraag dateert echter van 27 april 2009.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de hoogte van de vergoeding voor de door verzoeker ondergane robotgeassisteerde prostatectomie uitgevoerd in Gronau (Duitsland) ten laste van de zorgverzekering.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 5 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 6 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 6 Medisch specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)

6.1 Algemeen

Voor in de artikelen 6 tot en met 16.a genoemde vormen van zorg (met uitzondering van acute zorg) is een verwijzing noodzakelijk door uw huisarts, gecontracteerd bedrijfsarts, medisch specialist of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft, door een verloskundige. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is. Voor wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18.

(...)

Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling

Bij hulp in een niet-gecontracteerde centrum voor medisch specialistische zorg vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening. In geval van spoedeisende zorg vindt een kostenvergoeding plaats van 100% van het marktconforme of WMG-tarief. (...)"

In artikel 22 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen. Het luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*"22.1 Woonachtig of tijdelijk verblijvend in een ander EU/EER-land of verdragsland
Dit artikel is ook van toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.*

De verzekerde heeft recht op:

*- vergoeding van kosten van zorg als bedoeld in de artikelen huisartsenzorg (artikel 5), medisch specialistische zorg (artikel 6), (...) door een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde hulpverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat in de genoemde artikelen is aangegeven indien hulp binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Voor de vaststelling van de vergoeding geldt het Nederlandse marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse markt conforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening;
(...)"*

Daarnaast is in artikel 2, lid 4 van de zorgverzekering bepaald dat:

"Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling, wordt de vergoeding verlaagd met een bedrag dan wel percentage als genoemd onder de betreffende zorgaanspraak."

- 7.3. De artikelen 2, 6 en 22 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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 Bzv 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.

In artikel 13, lid 1 Zvw is bepaald dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat in de onderhavige procedure de beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in het midden kan blijven. Met het schriftelijk verlenen van toestemming voor een robotgeassisteerde prostatectomie, tegen 80 percent van het in Nederland geldende marktconforme tarief is de vraag of de zorg tot de verzekerde prestaties behoort, en of een indicatie aanwezig is voor deze ingreep, in dit geschil beantwoord.
- 7.7. Resteert de vraag naar de hoogte van de vergoeding. Verzoeker heeft op grond van de polisvoorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten tot maximaal 80 percent van het marktconforme tarief of het WMG-tarief. De overige 20 percent van het marktconforme tarief of het toepasselijke WMG-tarief blijft voor rekening van verzoeker, tot een maximum van € 500,- per behandeling.
- 7.8. 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 DBC-code. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code 06.11.01.0040.0333 ziet op reguliere zorg / koliek(en) / prostaatcarcinoom / extraluminale endoscopische operatie met klinische episode(n). Dit betreft een DBC-code uit het B-segment, waarvoor het tarief ter vrije onderhandeling tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder staat. De ziektekostenverzekeraar is gemiddeld een tarief overeengekomen van € 6.635,40. De in dit verband gehanteerde DBC-prestatiecode is naar het oordeel van de commissie niet onjuist.
- 7.9. Het onder 7.8 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 ziektekostenverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.
- 7.10. Ten aanzien van het al dan niet tijdig beschikbaar zijn van de benodigde zorg bij een gecontracteerde zorginstelling, merkt de commissie het volgende op. In zijn advies van 12 januari 2010 heeft het CVZ medegedeeld dat het door de ziektekostenverzekeraar geboden alternatief, waarvoor ten tijde van de aanvraag een wachttijd bestond van vier weken, binnen de Treek-normen valt. Deze conclusie neemt de commissie over en maakt zij tot de hare, hetgeen er toe leidt dat op grond van dit argument geen aanleiding bestaat tot het toekennen van een hogere vergoeding dan die waarop verzoeker op grond van de polisvoorwaarden aanspraak heeft.

- 7.11. Door verzoeker zijn in de procedure de voordelen van de robotgeassisteerde prostatactomie benadrukt. Deze methode wordt niet in elk door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis toegepast. Mede daarom is verzoeker specifiek verwezen naar het Maasstadziekenhuis. Indien de behandeling in Nederland zou zijn uitgevoerd, zou genoemd ziekenhuis dan ook zeker de instelling van beste keus zijn geweest. Het door de ziektekostenverzekeraar met het Maasstadziekenhuis overeengekomen tarief is aanmerkelijk hoger dan het gemiddelde. De commissie is van oordeel dat, voor de beantwoording van de vraag wat het marktconforme tarief is, behorend bij de onder 7.8 vermelde DBC-code, met dat gegeven rekening dient te worden gehouden, in die zin dat voor de berekening van de vergoeding moet worden uitgegaan van het tarief dat de ziektekostenverzekeraar met het Maasstadziekenhuis is overeengekomen. De vergoeding dient daarom vastgesteld te worden op: 80 percent van het tarief van € 8.507,22 + (de resterende 20 percent -/- € 500,--) = € 6.805,78 + (€ 1.701,44 – 500,--) = € 8.007,22.

Conclusie

- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen in 7.11 gesteld is. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 19 mei 2010,

Voorzitter