

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, minimaal invasieve endoscopische/microscopische
chirurgie lumbale wervelkanaalstenose en HNP, buitenland
Zaaknummer : ANO07.100
Zittingsdatum : 16 mei 2007

Zaak: ANO07.100, geneeskundige zorg, minimaal invasieve endoscopische/microscopische chirurgie lumbale wervelkanaalstenose en HNP, buitenland

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10 en 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 het besluit van de zorgverzekeraar van 19 september 2006 inzake het slechts ten dele vergoeden van de door hem ondergane rugoperatie in de Alpha Klinik te München (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgFlexibel polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 19 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat gevraagde rugoperatie in München (Duitsland) tegen het daarvoor geldende Nederlandse tarief - te weten € 5.380,92 - zal worden vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 30 november 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 5 januari 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is meer te vergoeden dan de toegezegde € 5.380,92.
- 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 21 februari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 19 maart 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Op 26 maart 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens 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.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 20 april 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 16 mei 2007 gehoord. Verzoeker in persoon en de zorgverzekeraar telefonisch. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoeker heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en zijn standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 22 mei 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie op 8 juni 2007 meegedeeld dat uit het verslag van de hoorzitting geen feiten of omstandigheden naar voren zijn gekomen die aanleiding geven zijn eerder uitgebrachte advies te herzien.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is een 79-jarige man. Blijkens de brief van 5 oktober 2005 van de behandelend anaesthesist is sprake van vernauwde tussenwervelruimte op de niveaus L2-L3 en L4-L5. Voorts heeft verzoeker een lumbale kyfose (kromming van de wervelkolom) die niet gestrekt kan worden. Op 4 mei 2006 heeft een MRI plaatsgevonden. De behandelend anaesthesist is op basis van deze MRI van oordeel dat, gezien de multiple vernauwingen in de wervelkolom, een interventie door middel van een epiduroscopie in de Alpha Klinik in München is geïndiceerd.
- 4.2. Verzoeker is daarop naar het spreekuur van een orthopeed van de Alpha Klinik gegaan, waar de volgende diagnose is gesteld: stenose van het spinaal kanaal van niveau Th1 tot niveau S-1 en een HNP op de niveaus L1-L2 en L4-L5. De behandelend orthopeed heeft de volgende behandeling voorgesteld: minimaal invasieve endoscopische/microscopische chirurgie voor het opheffen van de wervelkanaalstenose van niveau Th1 tot en met niveau S-1 en een nucleotomie op de niveaus L1-L2 en L4-L5, in twee tempi. Totale kosten: € 58.807,08.
- 4.3. Verzoeker heeft op 22 juli 2006 de aanvraag voor de vergoeding naar de zorgverzekeraar gezonden, met het verzoek om een reactie op korte termijn. Op 23 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker om meer informatie gevraagd. Verzoeker heeft per omgaande een deel van die informatie verzonden met de mededeling dat de niet in zijn bezit zijnde gegevens later zouden volgen omdat hij op 14 september 2006 al in München werd verwacht voor de eerste operatie. De facto blijkt dit 1 september 2006 te zijn.
- 4.4. Nadat verzoeker de behandeling had ondergaan, heeft hij een op 19 september 2006 gedateerde brief van de zorgverzekeraar ontvangen, waarin hem is medegedeeld dat hem, conform de voorwaarden van de zorgverzekering inzake niet-spoedeisende hulp in het buitenland, een vergoeding wordt toegekend volgens het in Nederland

geldende maximum tarief ad € 5.380,92. Ook wordt hem hierin medegedeeld dat dit bedrag de gehele behandeling omvat, vanaf het eerste consult tot en met de afsluitende nacontrole, en inclusief alle bijbehorende onderzoeken, behandelingen, verpleegdagen en overige verrichtingen en verstrekkingen.

- 4.5. Verzoeker kan zich absoluut niet vinden in de hoogte van deze vergoeding. Genoemd bedrag voldoet op geen enkele manier aan de kosten die door hem zijn gemaakt. Hij beroept zich op het feit dat hij niet lang op de goedkeuring heeft kunnen wachten, omdat de behandelend orthopeed tijdens het eerste consult heeft aangegeven dat een dwarslaesie niet was uitgesloten. Verder heeft verzoeker van andere patiënten begrepen dat door diverse verzekeringsmaatschappijen veel meer wordt vergoed en dat in alle gevallen de twee operaties als afzonderlijke ingrepen worden vergoed. Ook brengt hij in dat de zorgverzekeraar nimmer een ziekenhuis heeft genoemd waar deze operaties zouden kunnen worden uitgevoerd, waardoor verzoeker niet heeft kunnen informeren naar de kosten. Tot slot meent hij dat het soort operaties dat hij heeft ondergaan niet in Nederland plaatsvinden, terwijl hij volgens de Europese mededingingsregels sowieso het recht heeft zich in het buitenland te laten opereren.
- 4.6. Verzoeker is, gezien het bovenstaande, van oordeel dat hij aanspraak heeft op ten minste 50% van de totale kosten. Indien deze hem niet worden toegewezen, wenst verzoeker dat hem een ziekenhuis in Nederland wordt aangewezen waar de onderhavige ingrepen worden verricht, met maximaal drie ligdagen, zodat hij de kosten daarvan kan vergelijken.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van mening dat verzoeker, conform de voorwaarden van de zorgverzekering, vooraf toestemming dient te vragen en te verkrijgen voor een behandeling in het buitenland, indien de arts of het ziekenhuis waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft gesloten, deze geneeskundige behandeling niet tijdig kan verlenen. De vergoeding zal niet hoger zijn dan de kosten die de zorgverzekeraar voor een vergelijkbare behandeling in Nederland zou betalen. Door op 22 juli 2006 een schriftelijke aanvraag voor de vergoeding van zijn behandeling aan de zorgverzekeraar te zenden, heeft verzoeker laten blijken op de hoogte te zijn van het hiervoor genoemde toestemmingsvereiste.
- 5.2. Uit de toegezonden informatie is de zorgverzekeraar tot de conclusie gekomen dat het hier een niet-spoedeisende behandeling betreft, zodat het maximale Nederlandse tarief wordt vergoed. Dit tarief wordt in Nederland bepaald door de DBC-code (Diagnose Behandel Combinatie), die een complete behandeling omvat, vanaf het eerste consult tot de nacontrole. Op grond van de informatie van de Nederlandse Zorgautoriteit geeft de zorgverzekeraar aan dat ook in die gevallen waar een behandeling in meerdere tempi wordt uitgevoerd, slechts één DBC-code, en daarmee ook één tarief van toepassing is.
- 5.3. Voorts brengt de zorgverzekeraar in dat hem naar aanleiding van een uitspraak van het College voor zorgverzekeringen gebleken is dat de uitgevoerde behandeling (minimaal invasieve microscopische/endoscopische chirurgie voor een lumbale wervelkanaalstenose) niet gebruikelijk is binnen de beroepsgroep van orthopeden. Blijkens de meegezonden, naar het oordeel van de zorgverzekeraar identieke, operatiever-

slagen, heeft geen klassieke laminectomie, eventueel gevolgd door een fusie bij verzoeker plaatsgevonden, hetgeen volgens de beroepsgroep van orthopeden wél gebruikelijk is.

- 5.4. Met betrekking tot de eisen die gesteld worden aan een correcte verwijzing in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering merkt de zorgverzekeraar op dat de verwijzing door de behandelend anaesthesist naar de Alpha Klinik ziet op een epiduroscopie. De door verzoeker ondergane behandelingen vallen niet onder deze verwijzing.
- 5.5. Tot slot geeft de zorgverzekeraar aan dat de medisch adviseur geen bezwaren heeft geuit tegen vergoeding achteraf, omdat ten tijde van die beslissing bleek dat verzoeker al in Duitsland behandeld werd. Hierbij is aangenomen dat een indicatie voor de operatie en een correcte verwijzing voorhanden waren. Uitgaande van een klassieke laminectomie is gekozen voor DBC-code 05.11.22.1350.0213, waar een maximumvergoeding van € 4.382,70 voor geldt, die met een verhoging voor de op dat moment geldende toeslagen, een bedrag van € 5.380,92 representeert.

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. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.

Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 8.4 van de voorwaarden 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, in lid 1 het volgende vermeld:

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

- 7.3. Voorts wordt in artikel 8.2 ten algemene bepaald:

“De 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.”

- 7.4. De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 11 onder b en luidt, voor zover in dit kader relevant:

“Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg overeenkomstig het WTG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten.(...)”

- 7.5. Vergoeding van kosten van zorg in het buitenland is geregeld in artikel 13. Voor zover hier van belang wordt bepaald:

“Ten aanzien van de vergoeding van kosten van zorg in het buitenland wordt toepassing gegeven aan EG-Verordening 1408/71 (...)

a. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg van een aanbieder buiten Nederland conform artikel 11.

(...)

e. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, volledige vergoeding van kosten van zorg plaats.”

- 7.6. De regeling van de artikelen 8.2, 8.4, 11 en 13 is volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.7. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar inhoud en omvang omschreven in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 van het Bzv. In artikel 2.2 van het Bzv wordt bepaald dat kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn, in mindering worden gebracht op de vergoeding.

Voorts blijkt uit de memorie van toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.

- 7.8. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.9. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat primair dient te worden opgemerkt dat de onderhavige behandeling – te weten minimaal invasieve microscopische chirurgie voor het opheffen van een lumbale wervelkanaal stenose – niet voldoet aan de maatstaven die mede bepaald worden door de internationale stand van de wetenschap en praktijk en evenmin in het betrokken vakgebied heeft te gelden als verantwoorde en adequate zorg. De commissie baseert zich daarbij op het advies van het College voor zorgverzekeringen van september 2006, zaaknummer 26073544, waaruit op basis van de Europese en de Amerikaanse richtlijnen inzake wervelkanaal stenose, het volgende blijkt:

“er is slechts beperkt bewijs dat operatief ingrijpen effectiever is dan goede conservatieve behandeling. Indien toch operatief ingrijpen geïndiceerd is, is behandeling van eerste keus laminectomie en eventueel fusiechirurgie. De conclusie van het College voor zorgverzekeringen is dat er onvoldoende data zijn over de minimaal invasieve technieken bij wervelkanaalstenose. Er bestaan slechts twee beschrijvende studies, (in totaal 200 a 300 patiënten).”

Minimaal invasieve microscopische chirurgie voor het opheffen van een lumbale wervelkanaal stenose is daarmee geen geneeskundige zorg die medisch-specialisten plegen te bieden als bedoeld in artikel 8.2 van de zorgverzekering.

- 7.10. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken echter ook van oordeel dat de beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in casu in het midden kan blijven. Met het schriftelijk verlenen van toestemming achteraf door de zorgverzekeraar op 19 september 2006 voor de rugoperatie, tegen het in Nederland geldende tarief, is in dit geval de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg feitelijk beantwoord. De stelling van de zorgverzekeraar dat de oorspronkelijke verwijzing ziet op een andere behandeling dan de behandeling die heeft plaatsgevonden overtuigt niet, nu verzoeker het voorstel voor de laatstgenoemde behandeling reeds op 23 augustus 2006 aan de zorgverzekeraar heeft gezonden. De zorgverzekeraar heeft gekozen onvoorwaardelijke toestemming achteraf te verlenen voor de behandeling, uitgaande van de klassieke behandelmethode voor een lumbale wervelkanaalstenose tegen het maximaal in Nederland geldende tarief.
- 7.11. Rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. De commissie stelt vast dat door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 05.11.00.1350.0213 ziet op een laminectomie, de klassieke behandelmethode voor een lumbale wervelkanaalstenose. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is. Hierbij is door de zorgverzekeraar de toeslag voor een ziekenhuis opgeteld. In de Nederlandse tarievenssystematiek doet niet ter zake of een op één, op twee, dan wel op meer niveaus plaatsvindt. De commissie is dan ook van oordeel dat, gelet op artikel 13 van de zorgverzekering door de zorgverzekeraar de juiste DBC-code en het juiste daarbij behorende tarief heeft toegepast. Het enkele feit dat de kliniek waar verzoeker is behandeld de verschillende niveaus waarop de onderhavige ingreep is uitgevoerd apart in rekening brengt, doet daar niet aan af.
- 7.12. Voorts berust de DBC-systematiek op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Dit is door de zorgverzekeraar verwoord in artikel 8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin wordt aangegeven welke elementen van de behandeling tevens onder de noemer ‘medisch-specialistische zorg’ gebracht worden. Nu alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn ingecalculeerd in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie ook hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de DBC-code geëigend is.
- 7.13. Het onder 7.11 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.

Indien echter een zorgverzekeraar, om hem moverende redenen, van oordeel is dat ter zake van een uit het buitenland afkomstige declaratie tóch een aanvullende vergoeding op basis van het verrekentarief geboden dient te worden, zoals in dit geval, dan zal de commissie in die beslissing niet treden.

- 7.14. Naast het opheffen van de lumbale wervelkanaalstenose heeft tevens het opheffen van een HNP op twee niveaus plaatsgevonden. In de Nederlandse DBC-systematiek mogen voor twee behandelingen in één ingreep twee DBC-codes in rekening worden gebracht, met dien verstande dat voor de tweede behandeling slechts de poliklinische DBC-code gehanteerd mag worden.

Tegen de achtergrond van het zonder bezwaar achteraf vergoeden van de behandeling op grond van het ‘gebruikelijke zorg’ criterium, naar Nederlands tarief, oordeelt de commissie als volgt. Op basis van de door de commissie ingewonnen informatie bij haar eigen medisch adviseur is de commissie van mening dat naast de vergoeding van een laminectomie, ook de vergoeding voor een poliklinische HNP aan verzoeker dient te worden uitgekeerd, zoals gebruikelijk zou zijn bij een uitgevoerde klassieke laminectomie met een HNP in een ziekenhuis in Nederland.

De DBC-code van een poliklinische HNP – 05.11.00.1360.0211 – betreft een DBC-code uit het B-segment. Wat betreft DBC's in het B-segment (de onderhandelbare tarieven), zal voorlopig gerefereerd moeten worden aan de laatste WTG-tarieven, totdat duidelijk wordt wat hiervoor in de praktijk het gemiddelde tarief is ten opzichte van de hoogste en de laagste tarieven voor de DBC in kwestie. De commissie draagt de zorgverzekeraar op verzoeker een aanvullende vergoeding te verlenen op basis van het laatste WTG-tarief van een poliklinische HNP met DBC-code 05.11.00.1360.0211.

- 7.15. Tot slot is de commissie van oordeel dat de in het kader van de rugoperatie overige ingediende rekeningen niet voor vergoeding in aanmerking komen, nu deze rekeningen van de (voor-)onderzoeken, van de tijdens de opname voorgeschreven medicijnen, van de gebruikte hulp- en verbandmiddelen, en van het verblijf in het Nederlandse vergoedingstelsel deel uit maken van het DBC-tarief.
- 7.16. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de zorgverzekeraar aan verzoeker een aanvullende vergoeding dient te verlenen op basis van het gemiddelde tarief van een poliklinische HNP met DBC-code 05.11.00.1360.0211, zoals door de zorgverzekeraar met de diverse zorgaanbieders na onderhandeling is vastgesteld. Voor het meerdere dient het verzoek te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, in die zin dat de zorgverzekeraar aan verzoeker een aanvullende vergoeding dient te verlenen op basis van het laatste WTG-tarief van een poliklinische HNP met DBC-code 05.11.00.1360.0211. Voor het meerdere dient het verzoek te worden afgewezen
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan eiser dient te vergoeden een bedrag ad 37,00 euro.

Zeist, 14 juni 2007,

Voorzitter