

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

|               |                                                     |
|---------------|-----------------------------------------------------|
| Partijen      | : A te B vs C te D                                  |
| Zaak          | : Geneeskundige zorg Europa, MIR, hoogte vergoeding |
| Zaaknummer    | : 2008.01604                                        |
| Zittingsdatum | : 24 september 2008                                 |

Zaak: 2008.01604, geneeskundige zorg Europa, MIR, hoogte vergoeding

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, 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 de beslissing van de zorgverzekeraar van 10 januari 2008 inzake de hoogte van de vergoeding voor de door hem in Duitsland ondergane behandelingen.

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 Keuze Zorgplan (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 orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "stenose van het wervelkanaal op de niveaus Th11-12, L1-5 en L5-S1 alsmede een intraspinale cyste". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een minimaal invasieve reconstructie van de wervelkanaal op de niveaus Th11-12, L1-5 en L5-S1 " ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak tot een bedrag van € 5.485,60 wordt toegewezen.

3.3. Op 22 november en 27 november 2007 hebben de operaties, 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 brief van 14 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te hebben herzien. De aanspraak wordt tot een bedrag van € 11.397,35 toegewezen.

3.5. Bij brief van 7 juli 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is 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 augustus 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 augustus 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 augustus 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 6 augustus 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 29 augustus 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de onderhavige zorg op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk niet voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 24 september 2008 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. De zorgverzekeraar is bij brief van 25 september 2008 in de gelegenheid gesteld schriftelijk te reageren op het beredeneerd verslag van de hoorzitting. Hiervan is geen gebruik gemaakt.
- 3.11. Bij brief van 22 oktober 2008 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 29 oktober 2008 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. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij zich tot de Alpha Klinik heeft gewend omdat zijn behandelaar in Nederland heeft aangegeven dat hij in Nederland niet verder kon worden geholpen. Hij moest leren leven met de pijn.
- 4.2. In een telefonisch contact met de zorgverzekeraar is hem medegedeeld dat de vergoeding voor een behandeling in de Alpha Klinik ongeveer eenderde bedraagt van de werkelijke kosten.
- 4.3. De zorgverzekeraar is bij het vaststellen van de vergoeding uitgegaan van een declaratie van € 17.657,95, terwijl een volledige en overzichtelijk gespecificeerde nota van € 57.503,90 is ingediend. Vervolgens is op basis van DBC-prestatiecode 05.11.00.1301.0213 een vergoeding van € 11.397,35 vastgesteld.
- 4.4. Omdat de door hem in Duitsland ondergane behandeling niet in Nederland wordt verricht is de keuze voor deze DBC-prestatiecode onbegrijpelijk. De Alpha Klinik is gebonden aan de Gebührenordnung van de Privatartzlichen Abrechnungspraxis (GOA), waardoor hun tarieven berusten op vastgestelde prijzen. De door de zorgverzekeraar vastgestelde vergoeding staat niet in verhouding tot de behandeling die

heeft plaatsgevonden, bestaande uit twee operaties van zeven uur en zes dagen ziekenhuisopname.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het hem onwaarschijnlijk voor komt dat het bedrijfseconomisch mogelijk is een dergelijke behandeling voor het hem geboden tarief te leveren.

4.6. 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 de geneeskundig adviseur, om een vergelijkbaar Nederlands tarief vast te stellen voor de onderhavige behandeling, aan de hand van de operatieverslagen DBC-prestatiecode 05.11.00.1301.0213, die staat voor reguliere zorg/arthrosis/spondylodiscitis; Thoracale/lumbale wervelkolom/operatie met klinische episode(n), heeft vastgesteld. Vervolgens is gekeken naar het bijbehorende tarief in de maand februari 2008 en is een gemiddeld verrekenpercentage van 25% op de ziekenhuiskosten toegepast. Dit heeft geleid tot een vergoeding van € 11.397,35.

5.2. Of bij een bepaalde diagnose de operatie in één keer, dan wel in twee keer wordt uitgevoerd, is niet van belang. In Nederland zijn tarieven vastgesteld die uitgaan van een gemiddelde prijs.

5.3. Verzoeker is bij telefoongesprek van 6 december 2007 inderdaad medegedeeld dat over het algemeen eenderde van de kosten van behandelingen in de Alpha Klinik worden vergoed, doch hem is tevens medegedeeld dat nooit meer dan het in Nederland geldende tarief wordt uitgekeerd. Daarnaast is hem schriftelijk medegedeeld dat reiskosten en een andere verpleegklasse, comfort en service voor eigen rekening blijven.

5.4. De regels van de Gebührenordnung van de Privatartzlichen Abrechnungspraxis zijn in Nederland niet van toepassing.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker 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 commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering van 2007, het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden.

## 7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 2 e.v. van de 'Dekking zorgverzekering'. In artikel 2 van de 'Dekking zorgverzekering' wordt, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

*"Art. 2 Aanspraken geneeskundige zorg*

*A Medisch-specialistische zorg (excl. Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg)  
Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of bedrijfsarts. (...) De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.*

### *1. Ziekenhuisopneming*

*Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opneming op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. (...) De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opneming."*

Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding wordt in artikel 1 van de 'Dekking zorgverzekering' bepaald:

*"De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal het op het moment van de levering van de zorg van toepassing zijnde (maximum)tarief op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Indien en voorzover, op basis van de WMG, geen (maximum)tarief is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag".*

De vergoeding voor zorg in het buitenland is geregeld in artikel 3 van de 'Dekking zorgverzekering', waarin voor zover relevant wordt geregeld:

*"Art. 3 Buitenland*

*A De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op vergoeding van kosten voor zorg bedoeld als in Hoofdstuk 2, artikel 1 lid B van een zorgverlener of instelling buiten Nederland.*

*B De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:*

*1. aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*

*2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:*

*- tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;*

*- 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 marktconform bedrag.*

*(...)"*

Met betrekking tot de Diagnose Behandeling Combinatie is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald in artikel 1 onder 8 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering:

*"Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch--specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. (...)"*

- 7.2. De regeling van de artikelen 1, 2 en 3 van de 'Dekking zorgverzekering' en artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. 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 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
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. De commissie merkt vooraf op dat de onderhavige behandeling – te weten minimaal invasieve microscopische chirurgie voor het opheffen van één of meerdere wervelkanaalstenose(s) – 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 10 oktober 2006, zaaknummer 26073544, waaruit blijkt dat zowel de Europese als de Amerikaanse richtlijnen inzake wervelkanaalstenose melding maken van het volgende:

*"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."*

Verder komt het CVZ in zijn hiervoor genoemde advies tot de conclusie dat:

*"er onvoldoende data zijn over de minimaal invasieve technieken bij wervelkanaalstenose. Er bestaan slechts twee beschrijvende studies, in totaal 200 à 300 patiënten. (...)  
Op basis van de toepasselijke regelgeving en het advies van de medisch adviseur is het College van mening dat noch de endoscopische transforaminale benadering van een lumbale hernia nuclei pulposi (HNP) noch de minimaal invasieve benadering voor de lumbale wervelkanaalstenose aangemerkt kunnen worden als "gebruikelijk in de*

*(internationale) kring van de beroepsgeenoten" en daarmee niet vallen onder de omvang van de geneeskundige zorg, zoals bepaald in het Besluit Zv."*

Een door het CVZ aan de commissie uitgebracht advies van 20 mei 2008 (zaaknummer 28037282), waarin een search is gedaan naar nieuwe gegevens, heeft niet tot een andere conclusie geleid. Minimaal invasieve microscopische chirurgie voor het opheffen van een lumbale wervelkanaalstenose is daarmee geen geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten plegen die te bieden.

- 7.6. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in deze procedure in het midden kan blijven. Met het bij brief van 10 januari 2008 door de zorgverzekeraar mededelen dat de onderhavige behandeling tegen het in Nederland geldende tarief zal worden vergoed, is de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg en de indicatie in dit geschil beantwoord.
- 7.7. Rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. De commissie stelt vast dat door de zorgverzekeraar bij de toestemming DBC-code 05.11.00 1301.0213 is genoemd, welke ziet op reguliere zorg/arthritis/spondylodiscitis; thoracale/lumbale wervelkolom/operatie met klinische episode(n). Deze DBC-code komt de commissie gezien de omschrijving daarvan en de gevraagde behandeling, niet onredelijk voor. Het betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 4.514,15, bestaande uit € 4.094,00 ziekenhuistarief en € 420,15 specialistenhonorarium) in februari 2008. Indien een zorgverzekeraar, om hem moverende redenen, ter zake van een behandeling die geen geneeskundige zorg is zoals medisch-specialisten plegen die te bieden, toch een passende DBC-code toekent, zoals in dit geval, zal de commissie in die beslissing niet ten nadele van verzoeker treden.
- 7.8. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Dit is door de zorgverzekeraar verwoord in artikel 3 van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin wordt aangegeven welke elementen van de behandeling tevens onder de noemer 'medisch-specialistische zorg' gebracht worden. In de Nederlandse tariefssystematiek doet daarbij niet ter zake of een laminectomie op één, op twee, dan wel op meer niveaus plaatsvindt. Nu alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn begrepen 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 genoemde DBC-code geëigend is.
- 7.9. Het onder 7.8 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 verreken-tarief geboden dient te worden, zoals in dit geval waarbij dit percentage op 25 % is gesteld, zal de commissie in die beslissing niet treden.

7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 november 2008,

Voorzitter