

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, kraakbeentransplantatie in combinatie met stamceltransplantatie bij meniscuslaesie rechterknie
Zaaknummer : 2007.1671
Zittingsdatum : 13 februari 2008

Zaak: 2007.1671, geneeskundige zorg, buitenland, kraakbeentransplantatie in combinatie met stamceltransplantatie bij meniscuslaesie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 en 13 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 21 december 2006 inzake de hoogte van de vergoeding voor de door hem in Düsseldorf (Duitsland) ondergane behandeling, te weten een kraakbeentransplantatie met stamceltransplantatie bij een meniscuslaesie van de rechterknie.

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 Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 21 december 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de door hem gewenste behandeling tot maximaal € 3.404,50 wordt vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 2 augustus 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige behandeling 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 3 oktober 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

3.7. Bij brief van 12 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) verzocht om advies als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.

3.8. Op 12 oktober 2007 is verzoeker 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 CVZ heeft op 13 november 2007 zijn advies gegeven en geadviseerd tot een afwijzing, omdat geen sprake is van zorg als bedoeld in artikel 11 van de Zvw. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.

3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 13 februari 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.

3.11. Bij brief van 13 februari 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 19 februari 2008 van het CVZ medegedeeld 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 65-jarige man die sinds 2002 bekend is met arthrose aan de meniscus van de rechterknie. Hij heeft daarvoor een arthroscopie ondergaan, waarbij de pijnklachten met eenderde zijn afgenomen. Verzoeker heeft zich in 2006 gewend tot het Zentrum für Molekulare Orthopädie in Düsseldorf. Hier is een kraakbeendefect van de mediale meniscus en een retropattellaire chondropathie vastgesteld. De behandeling hiervan bestaat uit een meniscusoperatie met kraakbeentransplantatie in combinatie met een stamceltransplantatie. Hiervoor heeft verzoeker de zorgverzekeraar toestemming gevraagd.

4.2. Verzoeker is op 28 februari 2007 geopereerd. De nota's ter hoogte van € 5.779,28 zijn vergoed tot het bedrag van € 3.404,50. Verzoeker kan zich niet vinden in de hoogte van de vergoeding. Het betreft een behoorlijk ingewikkelde operatie waarvan de kosten hoger zijn dan de door de zorgverzekeraar begrote bedrag van € 3.404,50.

4.3. Verzoeker concludeert dat de zorgverzekeraar een inschattingsfout heeft gemaakt en de behandeling volledig dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de behandeling in het buitenland tot maximaal 100 percent van het in Nederland geldende tarief wordt vergoed, indien de hulp in Nederland zou zijn verleend en krachtens de dekking van de polis zou zijn vergoed. Voor een beperkt aantal behandelingen geldt een vergoeding van maximaal 95 percent van het laagst gecontracteerde tarief. Voorts is verzoeker aangeboden gebruik te maken van een gecontracteerde zorgverlener.

5.2. De zorgverzekeraar stelt vast dat een meniscusoperatie met kraakbeentransplantatie een gebruikelijke behandeling is bij de aandoening van verzoeker en dat deze behandeling op grond van DBC-code 05.11.00.1805.0213 voor vergoeding in aanmerking komt tot maximaal € 3.404.50 .

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat verzoeker geen aanspraak kan maken op een hogere vergoeding.

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. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. 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 geregeld 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.

7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg is geregeld in de afdeling 'aanspraken'. In artikel 3 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering wordt, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"U heeft aanspraak op:

- medisch specialistische (. .) zorg;

- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen;

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak wanneer u bent doorverwezen door een huisarts (. .) of andere medisch-specialist. "

Artikel 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"(. .)

Voor een aantal behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorg verlener, u recht heeft op 95% van het laagste voor de betreffende behandeling gecontracteerde tarief. Dat geldt voor de volgende behandelingen:

(. . .)

- Knie-operatie (i. v.m. artrose)

(. . .)"

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van aanspraak op zorg wordt in artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaald:

"De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

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

"Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting vastgestelde, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgaanvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. "

- 7.3. De regeling van artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering en de artikelen 1, 2.4 en 12 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 van de 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 van het Bzv. In artikel 2.1, tweede lid van het Bzv 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.
- 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 van oordeel dat de onderhavige behandeling - te weten kraakbeen-transplantatie met stamceltherapie bij een meniscuslaesie - 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 rapport 'Stamceltherapie en de zorgverzekering' van het College voor zorgverzekeringen, dat op 23 november 2007 is uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en

Sport. Kraakbeentransplantatie met stamceltherapie bij een meniscuslaesie is geen geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten plegen die te bieden, als bedoeld in artikel 3 van de zorgverzekering .

- 7.7. De commissie concludeert echter op basis van de in het dossier aanwezige stukken dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in dit geval onbeantwoord kan blijven. Met het schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar op 21 december 2006 voor de knieoperatie in het Zentrum für Molekulare Orthopädie in Düsseldorf, tegen het in Nederland geldende tarief, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de onderhavige zorg, de indicatie en de verwijzing in dit specifieke geval immers niet meer relevant.
- 7.8. Rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. Indien een zorgverzekeraar, om hem moverende redenen, van oordeel is dat 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, en voorts nog een extra DBC-code, zij het abusievelijk, voor vergoeding in aanmerking laat komen dan zal de commissie in die beslissing niet ten nadele van verzoeker treden. De commissie stelt vast dat door de zorgverzekeraar bij de toestemming van 21 december 2006 DBC-code 05.11.00 1805.0213 is genoemd. 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 € 2.871,20, bestaande uit € 2.600,00 ziekenhuistarief en € 271,20 specialistenhonorarium) ten tijde van de operatie.
- 7.9. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Dit is door de zorgverzekeraar verwoord in artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, waarin wordt kenbaar gemaakt welke elementen van de behandeling tevens onder de noemer 'medisch-specialistische zorg' gebracht worden. aangezien 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 hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-code geëigend is.
- 7.10. Het onder 7.8 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en worden geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, aangezien 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

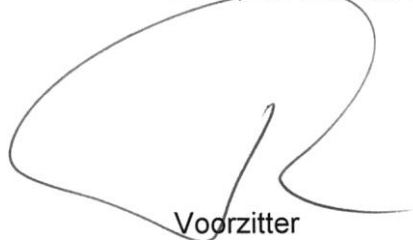
buitenland een toeslag of korting toe te passen. Indien echter een zorgverzekeraar, om hem moverende redenen, van oordeel is dat ter zake van een uit het buitenland afkomstige declaratie tóch een aanvullende vergoeding op basis van het verreken-tarief geboden dient te worden, zoals in dit geval waarbij dit percentage op 25% is ge-steld, dan zal de commissie in die beslissing niet treden.

7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 februari 2008,



Voorzitter