

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, versus C te D
Zaak	: geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, niet gecontracteerde zorg, buitenland
Zaaknummer	: ANO08.063
Zittingsdatum	: 26 maart 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO08.063 (Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, niet gecontracteerde zorg, buitenland)

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 tot en met 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar,

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 11 december 2006 een rugoperatie bij een niet gecontracteerde zorgverlener in Gescher (Duitsland) slechts gedeeltelijk te vergoeden, te weten tot een bedrag van € 4.516,10.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgpolis natura, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Op 3 oktober 2006 heeft verzoekster de zorgverzekeraar een behandelplan en een offerte gestuurd in verband met een rugoperatie door dr. Abbink in Duitsland, met het verzoek of deze behandeling voor verstrekking in aanmerking komt.
- 3.3. In antwoord daarop heeft de zorgverzekeraar verzoekster bij brief van 31 oktober 2006 meegedeeld dat de eventuele vergoeding niet meer kan bedragen van 100% van het in Nederland geldende tarief, te weten een bedrag van € 4.516,10.
- 3.4. Verzoekster is op 14 november 2006 geopereerd. De kosten van deze operatie ter hoogte van € 12.400,00 heeft verzoekster bij de zorgverzekeraar gedeclareerd.
- 3.5. Bij brief van 11 december 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster meegedeeld dat de kosten van de onderhavige operatie – overeenkomstig de eerdere toezegging – deels voor vergoeding in aanmerking komen, te weten tot een bedrag van € 4.516,10.
- 3.6. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.7. Bij brief van 25 mei 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is kosten van de onderhavige operatie volledig te vergoeden.
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 3 juli 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juli 2007 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Bij brief van 5 februari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw. Het CVZ heeft bij brief van 5 maart 2008 de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen op de grond dat de behandeling geen te verzekeren prestatie betreft, omdat geen sprake is van zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift hiervan is op 10 maart 2008 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 26 maart 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 27 maart 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het CVZ de commissie op 1 april 2008 meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster was ten tijde van de onderhavige ingreep 50 jaar. In 1986 en 1994 hebben operaties plaatsgevonden in verband met een acute HNP. Vanwege aanhouden- de pijnklachten is in 1996 een Homann-corset aangemeten, hetgeen de pijnklachten draaglijker maakte. Op 14 november 2006 heeft de operatie plaatsgevonden door dr. Abbink in Duitsland. De kosten daarvan wil de zorgverzekeraar slechts deels vergoe- den, terwijl een andere patiënt die op dezelfde dag bij deze zorgaanbieder is geope- reerd van zijn zorgverzekeraar, die tot dezelfde verzekeringsgroep behoort, de kosten volledig vergoed krijgt.
- 4.2. Voorts is de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code (DiagnoseBehandel- Combinatie) niet juist. De code zou moeten zijn: 05.11.00.13650.223 (pijn in de rug na een of meer rugoperaties / operatie met klinische opname met gewrichtsprothese) met een bijbehorend tarief van € 14.469,86
- 4.3. Verzoekster concludeert dat de zorgverzekeraar de volledige kosten van de operatie dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar geeft aan dat de operatie die verzoekster heeft ondergaan be- hoort tot het “verstrekkingenpakket”. De behandeling is uitgevoerd door een niet- gecontracteerde zorgverlener in het buitenland. De hoogte van de vergoeding wordt dan vastgesteld overeenkomstig het bepaalde in de artikelen 9 en 12 van de zorgver-

zekering. De DBC-code die past bij de aangevraagde behandeling is: 05.11.00.1301.0213 (reguliere zorg / arthrosis / spondylosis: thoracale / lumbale wervelkolom / operatief met klinische episode). Ook is denkbaar DBC-code: 05.11.00.1365.0213 (reguliere zorg / failed back surgery syndroom / operatief met klinische episode). Beide DBC-codes kennen een tarief van € 4.516,10. De door verzoekster genoemde DBC-code is niet juist, omdat deze tevens (het plaatsen van) een gewrichtsprothese omvat. Bij verzoekster is daarvan echter geen sprake geweest.

- 5.2. Niet bekend is onder welke omstandigheden de andere patiënt, die op dezelfde dag bij de betrokken zorgaanbieder is geopereerd, van zijn zorgverzekeraar, die tot dezelfde verzekeringsgroep behoort, de kosten volledig vergoed heeft gekregen. Heeft inderdaad onder dezelfde omstandigheden een volledige vergoeding plaatsgevonden, dan heeft, gelet op de regelgeving, abusievelijk een volledige uitbetaling plaatsgevonden. Verzoekster kan daar jegens de zorgverzekeraar geen rechten aan ontleenen.
- 5.3. Tijdens de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat hij thans van mening is dat geen sprake is geweest van zorg die behoort tot het verstrekkingspakket. Niet zal worden overgegaan tot terugvordering van de kosten.

- 5.4. De zorgverzekeraar concludeert dat de kosten tot de juiste hoogte zijn vergoed.

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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De zorgverzekeraar schrijft in zijn brieven van 29 maart 2007 en 3 juli 2007 dat de behandeling die verzoekster heeft ondergaan tot het zogenoemde verstrekkingspakket behoort. Niet in geschil is derhalve de vraag of de uitgevoerde operatie een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering is. Dat de zorgverzekeraar zich tijdens de hoorzitting op het standpunt heeft gesteld dat hij thans van oordeel is dat de zorg niet behoort tot de verzekerde prestaties maakt een en ander niet anders. Artikel 3:37 lid 5 van het Burgerlijk Wetboek (BW) bepaalt immers dat een intrekking van een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring – welke blijkens artikel 3:37 lid 1 van het BW vormvrij is – om haar werking te hebben, die persoon eerder dan of gelijktijdig met de ingetrokken verklaring moet bereiken. Dat is in dit geval niet aan de orde.

Voorts is niet in geschil de vraag of verzoekster een indicatie voor de uitgevoerde operatie heeft. Uitsluitend de hoogte van de vergoeding van de kosten houdt partijen verdeeld. De vraag die dan ook ter beantwoording voorligt is of verzoekster aanspraak kan maken op een volledige vergoeding van de kosten van de uitgevoerde operatie ten laste van de zorgverzekering. Ten aanzien daarvan overweegt de commissie het volgende.

- 7.2. Op grond van artikel 12 van de zorgverzekering heeft een verzekerde aanspraak op zorg in natura zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden. De zorg in natura dient in beginsel geleverd te worden door een door de zorgverzekeraar tot dat doel

gecontracteerde zorgaanbieder. Zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering. Laatstgenoemd artikel luidt voor zover hier van belang als volgt:

“9.1. De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op zorg die verleend wordt door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland. Indien de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de tarieven, zoals deze gelden voor de door de zorgverzekeraar in Nederland gecontracteerde zorgaanbieders. Hiervan zijn uitgezonderd de kosten van:

(...)

- Medisch specialistische zorg (art. 20 t/m. 28) en verblijf (art. 41), voor zover die geleverd wordt in en door een ziekenhuis;

(...)

Deze kosten worden vergoed tot ten hoogste 100% van de tarieven, zoals deze gelden voor de voor deze zorgvormen gecontracteerde zorgaanbieders.”

- 7.3. Uit artikel 2 van de zorgverzekering volgt dat de zorgverzekering is gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Verder volgt uit artikel 1 onderdeel d van de Zvw – samengevat – dat een zorgverzekering niet meer of minder mag bieden dan ingevolge de Zvw is bepaald. De commissie is van oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling met betrekking tot geneeskundige zorg in het buitenland strookt met het bepaalde in de artikelen 10, 11 en 13 van de Zvw, alsmede de artikelen 2.1 en 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. De onderhavige zorg is geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland. Hoewel uit de stukken niet met zekerheid kan worden opgemaakt dat de zorg is geleverd in of door een ziekenhuis, heeft de zorgverzekeraar in zijn brieven van 29 maart 2007 en 3 juli 2007 aangegeven, onder verwijzing naar artikel 9 van de zorgverzekering, dat de kosten vergoed worden tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven zoals deze gelden voor de voor deze zorgvorm gecontracteerde zorgaanbieders. In het verdere vervolg zal de commissie dit ook als uitgangspunt nemen.
- 7.6. In Nederland is voor een groot deel van de medisch-specialistische zorg een tarief vastgesteld. Dit tarief is gekoppeld aan een zogenoemde DBC-code. Volgens de zorgverzekeraar is in dit geval de DBC-code 05.11.00.1301.0213 (reguliere zorg / arthrosis / spondylosis: thoracale / lumbale wervelkolom / operatief met klinische episode) of 05.11.00.01365.0213 (reguliere zorg / failed back surgery syndroom / operatief met klinische episode) van toepassing. Bij de DBC-registratie kunnen zich echter specifieke situaties voordoen, die een andere DBC-code rechtvaardigen. Uit de Instructie DBC-registratie Orthopedie blijkt dat bij plaatsing van een gewrichtsprothese tijdens een behandeling, het laatste deel van de DBC-code (213) – de zogenaamde behandelas –, vervangen mag worden door de behandelas 223. Ten tijde van de operatie konden onder meer (in combinatie met de bijbehorende operatie) met behandelas 223 worden geregistreerd:
- osteosynthesemateriaal wervelkolom;
 - discusprothese;
 - wervelprothese;

- rugimplantaten met osteosynthesemateriaal.

- 7.7. Uit de bij de brief van de behandelend arts van 29 september 2006 gevoegde kostenplaatje, naar aanleiding waarvan de zorgverzekeraar bij brief van 31 oktober 2006 heeft gereageerd, blijkt dat sprake is van een implantaat/transplantaat in de vorm van een Coflex-prothese. Ook uit de rekening van 14 november 2006 blijkt dat een Coflex-prothese is geplaatst. De commissie is dan ook van oordeel dat, gelet op de artikelen 9 en 12 van de zorgverzekering, door de zorgverzekeraar onder de gegeven omstandigheden niet de meest passende DBC-code is toegepast. De meest passende DBC-code acht de commissie DBC-code 05.11.00.1365.0223 0223 (reguliere zorg / failed back surgery syndroom / operatief met klinische episode(n) met gewrichtsprothese). Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 12.239,30 ten tijde van de aanvraag, zoals blijkt uit de tariefapplicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- 7.8. 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.
- 7.9. Verzoekster heeft nog gewezen naar het tarief dat de St. Maartenskliniek voor de DBC-code 05.11.00.1365.0223 hanteert. Aangezien verzoekster niet in de St. Maartenskliniek is behandeld, kan dit specifieke tarief, mede ook gezien het voorgaande, echter geen toepassing vinden.
- 7.10. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat een andere patiënt, die op dezelfde dag bij dezelfde zorgaanbieder is geopereerd, van zijn zorgverzekeraar, die tot dezelfde verzekeringsgroep behoort, de kosten volledig vergoed heeft gekregen, oordeelt de commissie als volgt. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn wat betreft de zorgverzekering gebonden aan dezelfde wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering daarvoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke reden ook - wel doen. Slechts indien een zorgverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan een verzekerde van die zorgverzekeraar op dat beleid een beroep doen. Aangezien van een dergelijk beleid niet is gebleken, en het bovendien – zo al sprake is van enig beleid – het een andere zorgverzekeraar betreft, kan verzoeksters stelling haar niet baten.
- 7.11. Op grond van bovenstaande komt de commissie tot het oordeel dat de zorgverzekeraar voor de onderhavige behandeling het verschil tussen het tarief van DBC-prestatiecode 05.11.00.1365.0223 en het reeds uitgekeerde bedrag van € 4.516,10

aan verzoekster dient te vergoeden, hetgeen neerkomt op een bedrag van
€ 12.239,30 - € 4.516,10 = € 7.723,20. Het meer of anders verzochte wordt afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek, met inachtneming van het onder 7.11 bepaalde, toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad 37,00 euro.

Zeist, 9 april 2008,

Voorzitter