

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs Zilveren C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, minimaal invasieve microscopische chirurgie, opheffen lumbale wervelkanaalstenose en een endoscopische nucleotomie
Zaaknummer : ANO07.262
Zittingsdatum : 19 september 2007

Zaak: ANO07.262, Geneeskundige zorg, buitenland, minimaal invasieve microscopische chirurgie, opheffen lumbale wervelkanaalstenose en een endoscopische nucleotomie

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 verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 13 november 2006 inzake het gedeeltelijk vergoeden van de door haar ondergane rugoperatie – te weten minimaal invasieve microscopische chirurgie, opheffen lumbale wervelkanaalstenose op de niveaus L2 tot en met L5, en een endoscopische nucleotomie voor het opheffen van een HNP op niveau L5-S1 – uitgevoerd in de Alpha Klinik te München (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 13 november 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de gevraagde rugoperatie in München (Duitsland) tegen het daarvoor geldende Nederlandse tarief – te weten € 9.491,70 – zal worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 7 februari 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is een hogere vergoeding te verlenen voor de door haar op 11 december 2006 ondergane behandeling zoals omschreven onder 2.
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 22 maart 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juli

2007 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Bij brief van 12 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Eveneens bij brief van 12 juli 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 15 augustus 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. Verzoekster is op 19 september 2007 telefonisch gehoord. Zij daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 18 september 2007 medegedeeld te zijn verhinderd. Bij brief van 20 september is de zorgverzekeraar het verslag van de hoorzitting gezonden. De zorgverzekeraar heeft daarop geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 26 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen 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 is een 56-jarige vrouw die al tien jaar lang last had van rugpijn. Zij heeft hiervoor vele artsen bezocht in binnen- en buitenland, hetgeen nimmer tot een oplossing voor haar klachten heeft geleid.
Op eigen initiatief heeft verzoekster zich tot de Alpha Klinik in München (Duitsland) gewend. De behandelend arts van deze kliniek heeft, blijkens de brief van 10 november 2006, een wervelkanaalstenose op drie niveaus – L2-L5 – en een HNP op niveau L5-S1 gediagnosticeerd. Ter behandeling is door hem een minimaal invasieve reconstructie van het wervelkanaal op niveau L2-5 en een endoscopische nucleotomie op niveau L5-S1 voorgesteld.
Met zijn brief van 5 december 2006 heeft de huisarts de aanvraag voor de behandeling in de Alpha Klinik ondersteund.
- 4.2. Verzoekster heeft bij brief van 18 december 2006 gesteld dat zij geen gebruik wenste te maken van een second opinion en dat zij afzag van een traject via de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. Zij tobde al zo lang met de klachten en had al zoveel artsen gezien en behandelingen geprobeerd, dat zij geen heil zag in de zoveelste 'opinion' en evenmin in zorgbemiddeling. Haar situatie is spoedeisend aangezien zij vanwege de lange tijd en intensiteit van de pijn niet meer in staat was een normaal leven te leiden.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar tot een hogere vergoeding dient over te gaan dan het reeds aan haar voldane bedrag.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat verzoekster een aanvraag heeft ingediend voor een endoscopische nucleotomie en een decompressie. Bij brief van 18 december 2006 heeft hij aangegeven voor de endoscopische nucleotomie een bedrag tot maximaal € 3.400,00 te willen vergoeden en voor de decompressie een bedrag van € 6.091,70, op de grond dat beide bovengenoemde operaties tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering behoren.
- 5.2. Voorts geeft de zorgverzekeraar aan dat de brief van 5 december 2006 van de huisarts niet is te beschouwen als een deugdelijke verwijzing, zodat verzoekster niet heeft voldaan aan de (formele) voorwaarden van artikel 14 van de Zorgverzekeringswet.
- 5.3. Echter, omdat de betreffende afdeling reeds een vergoeding van € 9.491,70 heeft toegekend, zal deze vergoeding niet in het nadeel van verzoekster worden herzien. De zorgverzekeraar ziet echter geen aanleiding tot een hogere vergoeding over te gaan.

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 en is nader omschreven in overweging 3.1 van het bindend advies. 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.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg staat vermeld in de afdeling aanspraken. In artikel 3 van de voorwaarden 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 tevoren 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 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"(...)

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

(...)

– Herniabehandelingen

(...)"

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van aanspraak op zorg wordt in artikel 2.4 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:

"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 de artikelen 2.4, 2.5, 3 en 25 is volgens de algemene bepalingen, artikel 2.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. 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 artikel 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 vakge-

bied 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 primair dient te worden opgemerkt dat de onderhavige behandeling – te weten minimaal invasieve microscopische chirurgie voor het opheffen van een lumbale wervelkanaalstenose – 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. 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 à 300 patiënten.”

Minimaal invasieve microscopische chirurgie voor het opheffen van een lumbale wervelkanaalstenose is daarmee geen geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten plegen die te bieden, als bedoeld in artikel 3 van de zorgverzekering.

De lumbale endoscopische nucleotomie voldoet, voor zover op hetzelfde niveau niet eerder een operatie is uitgevoerd, wél aan de maatstaven die mede bepaald worden door de internationale stand van de wetenschap en praktijk, en is daarmee te beschouwen als geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, als bedoeld in artikel 3 van de zorgverzekering.

- 7.7. De commissie concludeert op basis van de in het dossier aanwezige stukken evenwel dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in dit geval in het midden kan blijven. Met het schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar op 13 november 2006 voor de rugoperatie, tegen het in Nederland geldende tarief, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg immers niet meer opportuun.
- 7.8. Rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. De commissie stelt vast dat door de zorgverzekeraar geen DBC-code is genoemd waarop de vergoedingen zijn gebaseerd, maar hanteert zelf DBC-code 05.11.00.1350.0213 voor een laminectomie, de klassieke behandelmethode voor een lumbale wervelkanaalstenose. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 4.382,70 ten tijde van de operatie. Hierbij is door de zorgverzekeraar de toeslag voor een ziekenhuis opgeteld. Voor de nucleotomie hanteert de commissie DBC-code 05.11.00.1360.0211 het betreft een DBC-code uit het B-segment. Voor DBC's in het B-segment (de onderhandelbare tarieven), zal voorlopig gerefereerd moeten worden aan de laatste WTG-tarieven. Voor deze behandeling dateert dit tarief van januari 2006 en het bedraagt € 4.414,40. Voor de gehele behandeling heeft de zorgverzekeraar € 9.491,70 vergoed, hetgeen

€ 694,60 meer is dan de DBC-tarieven zoals die op het moment van de behandeling golden.

- 7.9. 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 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 tariefsystematiek doet daarbij evenmin 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 inbegrepen in de beide DBC-tarieven voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-codes is geëigend.
- 7.10. De onder 7.8 bedoelde DBC-tarieven zijn gekoppeld aan een volledige behandeling en worden 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.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 oktober 2007,

Voorzitter