

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, laminectomie lumbale wervelkanaal
Zaaknummer	: ANO08.151
Zittingsdatum	: 28 mei 2008

Zaak: ANO08.151, geneeskundige zorg buitenland, laminectomie lumbale wervelkanaal

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11, 12 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 13 april 2007 de door hem gewenste operatie te vergoeden tot maximaal € 3.413,42, in plaats van de werkelijk gemaakte kosten ter hoogte van € 6.252,06.

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 Zorg-op-maatpolis (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 Zvw.
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "stenose van het lumbale wervelkanaal niveau L3-5 en radiculopathie". Verzoeker/de behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een decompressie niveau L4-5 en een hemilaminectomie niveau L4" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 21 mei 2007 heeft de behandeling, 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 19 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 25 januari 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar de aanspraak alsnog inwilligt, 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 moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 28 maart 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 april 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 april 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 3 april 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 6 mei 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat het feit dat gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland niet tot opereren wilde overgaan, niet kan worden gelijkgesteld met een onmogelijkheid om de zorg (tijdig) te leveren. Een afschrift van het CVZ-advies is op 8 mei 2008 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 28 mei 2008 gehoord. Verzoeker telefonisch, de zorgverzekeraar in persoon. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 29 mei 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 10 juni 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 sinds 2001 met rugklachten kampt. Hij heeft een progressieve wervelkanaalstenose op niveau L3-4. Omdat opereren niet mogelijk is, is hij in oktober 2006 voor een laatste oordeel verwezen naar een orthopeed in Duitsland. Deze heeft een stenose van het lumbale wervelkanaal op niveau L3-5 gediagnosticeerd en een operatieve decompressie voorgesteld. Kosten van de behandeling: € 6.252,06.
- 4.2. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat de zorgverzekeraar niet heeft voldaan aan zijn zorgplicht door niet tijdig de noodzakelijke hulp te bieden. Verzoeker kon gedurende vier jaar niet worden geopereerd in Nederland, zelfs niet in daartoe gespecialiseerde klinieken. Het aanbod van de zorgverzekeraar tot zorgbemiddeling lijkt hem om die reden een loos aanbod. Hij heeft zich daarom noodgedwongen tot een kliniek in Duitsland gewend.
- 4.3. De zorgverzekeraar kan zich niet beroepen op het feit dat deze kliniek niet door hem is gecontracteerd, aangezien andere zorgverzekeraars deze kliniek wel in hun pakket hebben zitten en daar een volledige vergoeding voor toekennen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd dat hij het pertinent niet eens is met de stelling van de zorgverzekeraar dat de indicatie dubieus is
- 4.5. 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 huisarts van verzoeker in zijn verwijzing heeft aangegeven dat de in Nederland geconsulteerde medisch specialisten van oordeel zijn dat een chirurgische behandeling niet mogelijk is. De zorgverzekeraar is deze mening ook toegedaan.
De zorgverzekeraar erkent dat de in Duitsland gemaakte EMG een positieve betrokkenheid van de zenuwweefsels aanwijst. Dit gegeven maakt echter niet dat opereren de beste behandeling is, omdat de ervaring leert dat de effecten op de lange termijn niet zo gunstig zijn. In die zin kan vanuit medisch perspectief gesproken worden van een vrijwillige keuze tot opereren.
- 5.2. Op grond van bovenstaande is de zorgverzekeraar bereid deze operatie toch te vergoeden op basis van DBC-prestatiecode 05.11.00.1360.0213. Deze code staat voor een rughernia met meerdaagse opname, waarvoor in Nederland een maximaal tarief van € 3.792,69 wordt toegekend. Omdat verzoeker een naturapolis heeft, waardoor hij in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg heeft hij op grond van het Restitutie Reglement recht op 90 percent van de maximale vergoeding indien hij zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener.
- 5.3. Daarnaast is verzoeker in de brief van 13 april 2007 geattendeerd op het feit dat hij, indien hij zich zou wenden tot een niet-gecontracteerde zorgverlener, het risico zou lopen dat niet alle kosten zouden worden vergoed. Mede tegen deze achtergrond is zorgbemiddeling aangeboden naar een wel gecontracteerde zorgaanbieder, wiens zorg volledig ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht.
- 5.4. 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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat.

“lid 1

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

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. (...)

De aanspraak omvat de 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 de opname.

(...)

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als:

a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op intramurale zorg;

(...)

verwijzing:

voor de medisch specialistische zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, (...), medisch specialist (...)

zorgverlener:

de medisch specialistische zorg wordt verleend door een ziekenhuis, medisch specialist (...)

Bij zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de zorgverzekeraar vermeld staat.”

Artikel 11 Buitenland, bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

“lid 1

(...) In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.”

Artikel 4 van het Restitutie Reglement behorende bij de Zorg-op-maatpolis, bepaalt voor zover hier van belang:

“4 Medisch-specialistische zorg

(...)

2. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een ziekenhuis waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, voor zover het extramurale zorg betreft, maximaal negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende A-tarief.

3. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een extramuraal medisch specialist of ZBC waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, vijfenzeventig procent van de voor de betreffende zorg door de zorgverle-

ner afgegeven, gespecificeerde nota, tot een maximum van vijfenzeventig procent van het voor de betreffende zorg geldende WTG tarief.”

De definitie van een Diagnose Behandeling Combinatie luidt volgens artikel 1 van de zorgverzekering:

“Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.”

- 7.2. De regeling in de artikelen 11 en 20 van de zorgverzekering en artikel 4 van het Restitutie Reglement zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1 onderdeel a 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 12 lid 2 Zvw ziet op de contracterplicht van zorgverzekeraars. Deze geldt uitsluitend voor bij AMvB aan te wijzen vormen van zorg.
Artikel 13 Zvw regelt dat vergoeding voor de kosten van zorg, in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder, door de zorgverzekeraar mag worden bepaald.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 Bzv is 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 is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, alsook die van de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid in dit geval niet langer in geschil zijn. Met de toekenning door de zorgverzekeraar op 13 april 2007 van een vergoeding van 90 percent van het in Nederland geldende tarief voor de decompressie van het lumbale wervelkanaal en de hemilaminectomie in Duitsland, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg en de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid niet meer relevant.
- 7.6. Het onderhavige geschil spitst zich derhalve toe op de vraag naar de hoogte van de vergoeding.
- 7.7. Met betrekking tot het tarief voor de onderhavige operatie stelt de commissie het volgende. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcode (DBC). De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar en verzoeker gehanteerde DBC-code 05.11.00.1360.0213 ziet op reguliere zorg/HNP: thoracale/

lumbale wervelkolom/operatief met klinische periode(n). Dit is naar het oordeel van de commissie niet de meest passende DBC-prestatiecode. Door de huisarts is de diagnose 'progressieve wervelkanaalstenose' gesteld. Op basis hiervan is verzoeker verwezen naar een orthopedisch chirurg, die heeft vastgesteld dat sprake is van 'stenose van het lumbale wervelkanaal niveau L3-5 en radiculopathie'. Op grond hiervan komt de commissie tot de conclusie dat, mede gelet op artikel 9 van de zorgverzekering en gelet op de zorg die verzoeker heeft ontvangen, DBC-prestatiecode 05.11.00.1350.0213, die ziet op reguliere zorg/kanaal stenose/operatief met klinische periode(n), dient te worden toegepast. Dit betreft op het moment van de operatie een DBC-code uit het A-segment. Het bij die code behorende tarief, te weten € 4.477,10 ten tijde van de aanvraag, zoals blijkt uit de NZa Tariefapplicatie, is een niet voor discussie vatbaar gegeven.

- 7.8. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht, hetgeen met zoveel woorden eveneens is bepaald in artikel 20 van de zorgverzekering in samenhang met de definitiebepaling van een Diagnose Behandeling Combinatie in artikel 1 van de zorgverzekering. Nu alle meegezonden rekeningen, behoudens die van reis- en verblijfskosten, 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-tariefcode is geëigend.
- 7.9. Het onder 7.6 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet 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.
- 7.10. Met betrekking tot de vraag of de zorgverzekeraar een korting van 10 percent heeft mogen toepassen omdat verzoeker gebruik heeft gemaakt van een niet door deze zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder redeneert de commissie als volgt. Zoals hierboven overwogen, beschikt verzoeker over een naturapolis, waardoor hij voor zorg in het kader van de zorgverzekering in beginsel is aangewezen op door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Indien een verzekerde er voor kiest gebruik te maken van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener, staat het de zorgverzekeraar vrij een kortingspercentage te hanteren voor de te vergoeden zorg, zoals uit artikel 13 Zvw blijkt. Conform artikel 4 lid 2 van het restitutiereglement van de zorgverzekeraar mag de zorgverzekeraar dan ook 90 percent van het tarief van de DBC-prestatiecode uitkeren. De zorgverzekeraar dient derhalve het DBC-tarief van een kanaal stenose ver-

minderd met 10 percent en verrekend met het reeds uitgekeerde bedrag, aan verzoeker te betalen, hetgeen neerkomt op een bedrag van:

$$(\text{€ } 4.477,10 - 10\%) - \text{€ } 3.413,42 = \text{€ } 615,97$$

- 7.11. De stelling van verzoeker dat de zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht heeft voldaan wordt door de commissie als volgt beoordeeld.
Vóór verzoeker op 21 mei 2007 werd geopereerd, is hem door de zorgverzekeraar bij brief van 13 april 2007 een aanbod tot zorgbemiddeling voor de door hem gewenste behandeling gedaan. Verzoeker heeft hier geen gebruik van willen maken vanwege, naar de commissie begrijpt, een gebrek aan vertrouwen in de mogelijkheden van de zorgverzekeraar om een gecontracteerde zorgaanbieder te vinden die bereid was de onderhavige behandeling bij hem te verrichten. De commissie is van oordeel dat verzoeker hiermee onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat de zorgverzekeraar niet in staat zou zijn geweest een zorgaanbieder te vinden die bereid zou zijn de onderhavige behandeling bij verzoeker te verrichten. Derhalve kan niet worden geconcludeerd dat de zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht zou hebben voldaan.
- 7.12. De stelling van verzoeker dat de orthopeed bij wie hij is behandeld, dan wel de kliniek waarin hij is behandeld, met andere zorgverzekeraars wel een overeenkomst heeft gesloten, doet aan vorenstaande niet. Het staat zorgverzekeraars immers vrij, behoudens bij AMvB aangewezen vormen van zorg, te bepalen welke zorgaanbieders zij contracteren. Aangezien de door verzoeker ondergane zorg niet behoort tot een bij AMvB aangewezen vorm van zorg kan van contracteerplicht door de zorgverzekeraar met deze zorgaanbieder geen sprake zijn.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het ziet op de vergoeding van het onder 7.9 genoemde bedrag, te weten € 615,97.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek, met inachtneming van het onder 7.13 bepaalde, toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 24 juni 2008,

Voorzitter