

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, percutane nucleotomie C4-5 en C6-7
Zaaknummer	: ANO07.073
Zittingsdatum	: 4 april 2007

Zaak: ANO07.073, geneeskundige zorg, buitenland, percutane nucleotomie C4-5 en C6-7

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. 11, 13 en 14 Zvw, 2,2 en 2.4 Bzv, artikel 49 EG)

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 juli 2006 inzake de hoogte van de vergoeding voor een open nekhernia operatie in Duitsland.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 13 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de hoogte van de vergoeding van de in Duitsland ondergane ingreep € 1073,33 bedraagt.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 september 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 28 oktober 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is een hogere vergoeding voor de in Duitsland ondergane ingreep vast te stellen, nu voor de onderhavige ingreep geen DBC-code bestaat.
- 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 29 december 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 30 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 8 januari 2007 is verzoekster 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 verzoekster op 10 januari 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 15 januari 2007 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.

- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 7 februari 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, haar advies gegeven. Een afschrift hiervan is met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 51-jarige vrouw die sinds 2004 met nekklachten kampt die uitstralen in de linkerarm tot aan de duim. Blijkens de brief van 2 augustus 2006 van de handelend medisch-specialist heeft zij een hernia op niveau C3-4 en op niveau C6-7. Op 3 augustus is verzoekster in een gespecialiseerde rugkliniek in Duitsland aan de dubbele nekhernia geopereerd.
- 4.2. Op 19 juni 2006 heeft verzoekster het kostenoverzicht voor de onderhavige ingreep aan de zorgverzekeraar gezonden, met het verzoek het vergoedingsbedrag vast te stellen.
- 4.3. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, nu deze is vastgesteld op basis van het WTG-tarievenstelsel. Zij is van mening dat dit tarievenstelsel geen DBC-code kent voor een open nekhernia operatie op twee niveaus zodat de werkelijke kosten dienen te worden vergoed.
- 4.4. Voorts geeft verzoekster te kennen dat de technieken die in de gespecialiseerde rugkliniek in Duitsland worden toegepast, niet experimenteel zijn nu al jarenlang fantastische resultaten met deze technieken behaald worden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft, conform de voorwaarden van de zorgverzekering, de hoogte van de vergoeding berekent naar de in Nederland geldende WTG-tarieven, op basis van de in Nederland geldende rekensystematiek. In deze systematiek geldt dat slechts één complete behandeling in rekening mag worden gebracht.
- 5.2. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft hiervoor de DBC-code 05/110122002212 met omschrijving "Reguliere zorg/H.N.P.: Cervicale wervelkolom/Operatief met dagopname" gehanteerd. Bij deze code, vermeerderd met de gemiddelde verrekentarieven voor ziekenhuizen, hoort een vergoeding van maximaal € 1.073,33.
- 5.3. De zorgverzekeraar ziet dan ook geen reden de kosten van de behandeling van verzoekster volledig te vergoeden.

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. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. 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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2. Verzoekster heeft een mixpolis. Geneeskundige zorg valt onder de restitutie bepaling waardoor verzoekster in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg in het buitenland staat vermeld in de artikelen 9 en 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 9.3 ziet op de niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland en bepaalt, voor zover hier relevant:

"De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:

(...)

- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling van ten hoogste de geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan de in Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten"

Artikel 9.4 bepaalt het toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland en luidt als volgt:

"In alle gevallen geldt dat bij het invoeren van niet-spoedeisende zorg in een ander land dan het woonland van de verzekerde, voor het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaande met verblijf, voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig heeft, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg."

Artikel 9.5 ziet op de verwijzing en/of het machtigingsvereiste en bepaalt:

"Indien bij bepaalde vormen van zorg, naast de voorafgaande toestemming voor het invoeren van zorg, zoals aangegeven in artikel 9.4 nog specifiek een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel."

- 7.3. Artikel 15 ziet op de medisch specialistische zorg en bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"Omschrijving: (vergoeding van de kosten van) geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch-specialistische zorg is ook begrepen:

(...)

- materialen die ertoe bijdragen dat de medisch specialistische geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen.

(...)

Machtiging: ja

Bijzonderheden:

- 7.4. De regeling van de artikelen 9 en 15 is volgens artikel 2.10 van de voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.5. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg in het buitenland, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.2 met betrekking tot de hoogte van de vergoeding conform Nederlands tarief en in artikel 2.4 met betrekking tot medisch specialistische zorg.
- 7.6. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. Uit het operatieverslag van dr. Hoogland van de Alpha Klinik te München van 4 augustus 2006 blijkt dat hij in dagopname een percutane nucleotomie op niveau C3/4 en niveau C6/7 heeft verricht bij verzoekster, alsook een sekwester heeft verwijderd. Het betreft hier gebruikelijke zorg. Deze ingrepen zouden in een gecontracteerd ziekenhuis kunnen zijn uitgevoerd en de daarmee gemoeide kosten zouden onder de dekking van de zorgverzekering vallen.
- 7.8. Indien de onder 7.6 genoemde ingreep in Nederland zou zijn verricht, zou voor een percutane cervicale nucleotomie op twee niveaus DBC-code 05.11.00.1220.0212 in rekening worden gebracht. In de Nederlandse tariefensystematiek doet niet ter zake of een percutane cervicale nucleotomie op één, op twee, dan wel op drie niveaus plaatsvindt. De commissie is dan ook van oordeel dat, gelet op artikel 9.3 van de zorgverzekering door de zorgverzekeraar de juiste DBC-code en het juiste daarbij behorende tarief heeft toegepast. Het enkele feit dat de kliniek waar verzoekster is behandeld de verschillende niveaus waarop de onderhavige ingreep is uitgevoerd apart in rekening brengt, doet daar niet aan af.
- 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 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin wordt aangegeven welke elementen van de behandeling tevens onder de noemer 'medisch-specialistische zorg' gebracht worden. Nu alle meegezonden rekeningen betrekking

hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn ingecalculeerd 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 DBC-code geëigend is.

- 7.10. Het onder 7.9 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 toch een aanvullende vergoeding op basis van het verrekentariaf geboden dient te worden, zoals in dit geval, dan zal de commissie in die beslissing niet treden.

- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het advies dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 mei 2007,

Voorzitter