

ANONIEM

Bindend advies

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D vs. E te F
Zaak	: geneeskundige zorg, medisch-specilistische zorg, percutane decompressie en nettoyage tussenwervelschijven, buitenland
Zaaknummer	: ANO07.200
Zittingsdatum	: 5 september 2007

Zaak: ANO07.200 (Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, percutane decompressie en nettoyage tussenwervelschijven, 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. 10,11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker, in deze vertegenwoordigd door C te D,
tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de besluiten van de zorgverzekeraar van 13 maart 2006 en 10 juli 2006 inzake het deels, te weten tot een bedrag van € 3.717,00, vergoeden van een behandeling in de Alpha Klinik te München (Duitsland)

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-maat polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering). Het betreft hier een naturapolis.
- 3.2. Bij brief van 13 maart 2006 en bericht van vergoeding van 10 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de behandeling in de Alpha Klinik te München (Duitsland) deels, te weten tot een bedrag van € 3.717,00, voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 7 februari 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de 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 27 maart 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juli

2007 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Bij brief van 30 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid hebben verzoeker en de zorgverzekeraar op 1 augustus 2007, respectievelijk 6 augustus 2007 afgezien.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 29 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is geboren op 29 november 1943. Hij heeft ruim vijf jaar last van zijn rug. Behandelaars in België en Nederland hebben hem niet van zijn klachten kunnen afhelpen. Uiteindelijk is hij op 27 juni 2006 in de Alpha Klinik in München (Duitsland) behandeld. Slechts een deel van de kosten van deze behandeling wordt door de zorgverzekeraar vergoed. Volgens verzoeker was geen sprake van één hernia, zoals de zorgverzekeraar stelt. Was dat wel het geval geweest, dan had de behandeling volgens verzoeker ook in België of Nederland uitgevoerd kunnen worden.
- 4.2. Verder voert verzoeker aan dat hij heeft gehoord dat het Europese hof heeft uitgesproken dat elke Nederlander het recht heeft elders te worden geholpen, indien dat in eigen land niet kan en mits het geen experimentele behandeling is.
- 4.3. Verzoeker concludeert dat de zorgverzekeraar de behandeling in de Alpha Klinik volledig dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar merkt op dat op grond van (de artikelen 24 en 3 van) de zorgverzekering een in Nederland wonende verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van kosten van zorg door een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme tarief. In dit geval bedraagt het marktconforme tarief volgens de zorgverzekeraar € 3.717,00. Dit bedrag heeft verzoeker ook uitgekeerd gekregen.
- 5.2. Verder merkt de zorgverzekeraar op dat artikel 24 lid 5 van de zorgverzekering niet in beeld komt, aangezien in de situatie van verzoeker geen medische noodzaak was om voor de aangevraagde behandeling uit te wijken naar het buitenland.
- 5.3. De zorgverzekeraar concludeert dat verzoeker ten laste van de zorgverzekering geen aanspraak kan maken op een hogere vergoeding van de kosten van de behandeling in de Alpha Klinik, dan hij reeds heeft ontvangen.

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 commissie constateert dat een endoscopische nucleotomie is aangevraagd, welke aanvraag door de zorgverzekeraar is beoordeeld. Op 27 juni 2007 is verzoeker geopereerd. De aan de behandeling verbonden kosten heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. De vraag of in dit geval aanspraak bestaat op volledige vergoeding van deze behandeling, moet worden beantwoord aan de hand van de tussen partijen ten tijde van de onderhavige aanvraag bestaande verzekeringsovereenkomst, te weten de zorgverzekering.
- 7.2. Artikel 3 van de verzekeringsvoorwaarden geeft aan dat de zorgverzekering aanspraken op zorg (natura) omvat. Verder bepaalt artikel 24 lid 1 van de zorgverzekering, voor zover hier van belang:

”lid 1

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. 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 zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

lid 5

In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, volledige vergoeding van kosten plaats.”

Op grond van artikel 9 van de zorgverzekering heeft de verzekerde aanspraak op medisch-specialistische zorg. Blijkens artikel 9 lid 1 van de zorgverzekering wordt de omvang van de te verlenen zorg begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

Aangezien de behandeling in de Alpha Klinik extramuraal (poliklinisch) plaatsvindt, betreft het hier niet-klinische medisch-specialistische zorg. Voorts staat vast dat de zorgverzekeraar ten tijde van de onderhavige behandeling geen contract had met de Alpha Klinik. Mitsdien gaat het om niet-gecontracteerde zorg. Artikel 9 lid 2 onderdeel b van de zorgverzekering bepaalt hierover het volgende:

“b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.(...)

Verder bestaat aanspraak op medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de tot dat doel door de zorgverzekeraar gecontracteerde medisch-specialist of elders.

De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als:

a. (...); of

c. de medisch specialistische zorg verleend wordt in een Z.B.C..

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

voor de medisch specialistische zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, bedrijfsarts (...). Ingeval van een second opinion is een afzonderlijke verwijzing door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of verpleeghuisarts noodzakelijk.

zorgverlener:

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

plaats:

de zorg wordt verleend op de lokatie van het ziekenhuis of Z.B.C. (dagbehandeling en polikliniek), de huispraktijk van de medisch specialist (...).

Bij zorg in een niet-gecontracteerde zorginstelling of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement [zorgverzekeraar] Zorg-op-maatpolis vermeld staat. Dit Reglement is kosteloos opvraagbaar en staat ook op de internetsite (...)."

In artikel 4 lid 6 van het hiervoor bedoeld Restitutie Reglement is het volgende bepaald:

"Voor medisch-specialistische zorg in het B-segment, ook wel B-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg geen tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een extramuraal medisch specialist en ZBC waarmee [zorgverzekeraar] hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt [zorgverzekeraar] op restitutiebasis maximaal vijfenzeventig procent van het gemiddelde door [zorgverzekeraar] in haar kernwerkgebied (Zuid-Nederland) gecontracteerde tarief."

Verder bepaalt artikel 2 leden 4 en 5 van de zorgverzekering, voor zover hier van belang, het volgende:

"lid 4

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

lid 5

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen."

- 7.3. De zorgverzekering is, volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De commissie constateert dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling omtrent niet-gecontracteerde niet-klinische medisch-specialistische zorg in het buitenland strookt met het daaromtrent bepaalde in de artikelen 10, 11 en 13 van de Zvw, artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv en artikel 2.1 van de Rzv, zoals deze bepalingen luiden ten tijde van de onderhavige aanvraag.
- 7.4. De commissie constateert dat in deze een endoscopische nucleotomie is aangevraagd. Bij brief van 13 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de noodzakelijke hulp via gecontracteerde zorgverleners kan plaatsvinden en indien verzoeker kiest voor hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener, uitgaande van de dbc-prestatiecode 05.11.00.1360.0213, de vergoeding maximaal € 3.717,00 bedraagt.
- Met de brief van de zorgverzekeraar van 13 maart 2007 is de vraag of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk een gepasseerd station. Wat betreft de hoogte van de vergoeding overweegt de commissie het volgende.
- Uit de artikelen 1 en 4 van het Restitutiereglement volgt – zij het in andere woorden – dat de tarieven zijn gekoppeld aan zogenoemde dbc-code's (diagnosebehandelcombinatie). De in dit geval meest in aanmerking komende dbc-code is de code zoals deze ook door de zorgverzekeraar is gehanteerd. Dit betreft een dbc-code uit het b-segment die zijn aangewezen ter vrije onderhandeling tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.
- De hoogte van de door de zorgverzekeraar toegekende vergoeding van € 3.717,00 komt de commissie daarbij, mede gelet op het bepaalde in artikel 4 lid 6 van het restitutiereglement (op grond waarvan 75% van het gemiddeld door de zorgverzekeraar in haar kernwerkgebied gecontracteerde tarief voor vergoeding in aanmerking komt), uitgaande van een herniaoperatie waarvoor een vrij onderhandelbaar tarief bestaat en gezien de tarieven die in andere ziekenhuizen voor een herniaoperatie met de hierboven genoemde dbc-code blijkens de respectievelijke websites regulier worden gehanteerd (St. Elizabeth ziekenhuis te Tilburg, € 3.938,82; UMC St. Radboud te Nijmegen, € 4.190; St. Maartenskliniek € 3.749,62) alleszins redelijk voor. Voorts is geen reden te twifelen aan de stelling van de zorgverzekeraar dat een doeltreffende behandeling in gecontracteerde centra tijdig mogelijk was.
- 7.5. Het onder 7.4 bedoelde dbc-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling inclusief het korset 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.
- 7.6. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat, op grond van een arrest van het Europees hof, elke Nederlander het recht heeft geholpen te worden in het buitenland, indien de behandeling in Nederland niet mogelijk is en het geen experimentele behandeling betreft. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- Het Europees Hof van Justitie heeft in de arresten Decker/Kohl, Smits/Peerbooms en Muller-Fauré en Van Riet – kort samengevat – beslist dat het in het kader van de

financiering en het instandhouden van een bepaald niveau van zorg gerechtvaardigd is om in geval van behandeling in het buitenland een toestemmingseis te stellen voor verblijf in een instelling of ziekenhuis, althans verblijf en behandeling anders dan extramuraal. Als de gewenste zorg medisch noodzakelijk is en niet tijdig een identieke of voor de belanghebbende even doeltreffende behandeling kan worden verkregen in een gecontracteerde instelling, mag deze toestemming de verzekerde niet worden onthouden.

De commissie constateert dat in dit geval sprake is van een extramurale behandeling, zodat de voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar niet vereist was. Het stond verzoeker derhalve vrij te kiezen voor zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling, echter met een restrictie ten aanzien van de vergoeding van deze kosten. Genoemde arresten zien daarop niet.

7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af

Zeist, 19 september 2007,

Voorzitter