

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F tegen C te D vertegenwoordigd door E
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, spondylodese op niveau L1/2 en L2/3, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.01786
Zittingsdatum : 7 juli 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door F
tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van een “*Metallentfernung L3-5 (...) Verlängerung der Stabilisation von L3 auf L1 (...) posteromediale Spondylodese L1/2, L2/3*”, uit te voeren in Nottwil (Zwitserland) (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 12 maart 2009 slechts gedeeltelijk is toegewezen, namelijk tot een bedrag van € 409,95 voor de wortelblokkade respectievelijk € 9.677,50 voor de spondylodese.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Privilege Polis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tand en Gaaf Polis tot max. € 1.900,- per jaar afgesloten. Laatstgenoemde verzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat deze in het vervolg buiten beschouwing blijft. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 21 november 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek). Zij heeft daarbij verzocht om een uitstel van drie maanden voor het geven van een inhoudelijke reactie op de laatste brief van de ziektekostenverzekeraar. Bij e-mail van

12 januari 2010 heeft verzoekster deze reactie aan de commissie doen toekomen.

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 februari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 februari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 4 februari 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010020585) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-codes zijn gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juli 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van de behandeling ter zitting, verzocht te tarifieren. Bij brief van 24 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht over de uitkomst daarvan. Een afschrift van deze reactie is aan verzoekster gezonden. Bij brief van 1 september 2010 heeft verzoekster hierop gereageerd. Op 7 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende reactie gegeven. Aan verzoekster is een afschrift van deze reactie gezonden.
- 3.11. Bij brief van 22 oktober 2010 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en van de na de hoorzitting verzonden correspondentie gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de correspondentie aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 oktober 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag en de correspondentie geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: *“Schweres lumbales Schmerzsyndrom mit/bei: Verdacht auf Anschlusssegment-Degeneration L2/3. Okt. 2006: Laminektomie L3/4, L4/5, dorsale Stabilisation L3 – L5 mittels Pedikelschrauben und Stäben sowie posterolaterale Spondylodese mit autologer Spongiosa vom Beckenkamm, dies wegen einer symptomatischen Spinalstenose L3/4, L4/5. St.n. Hüft-TP-Implantation bds. links im Jahre 2004, rechts im Jahre 2005, komplikationslos, gute Beweglichkeit. Bekannte Arteriosklerose bei seit Jahren*

Zigarettenkonsum, etwa 1 Päckli/Tag mit Herzkranzsklerose. Unter Behandlung mit Statinen und Aspirin”.

- 4.2. Op 26 maart 2009 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoekster stelt dat zij vanwege toenemende parese, incontinentie en pijn met spoed diende te worden geopereerd. De neurochirurg in Nederland deelde mede dat verzoekster eerst na zes weken een afspraak kon krijgen, en enige maanden daarna kon worden geopereerd. Zij heeft daarom gezocht naar een alternatief. Het ziekenhuis in Nottwil is gespecialiseerd in dwarslaesies, en verzoekster kon daar binnen twee weken worden geopereerd. Voorafgaand aan de operatie heeft een wortelblokkade plaatsgevonden. De kosten van beide ingrepen zijn door de ziektekostenverzekeraar slechts gedeeltelijk vergoed. Verzoekster meent aanspraak te hebben op volledige vergoeding.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat sprake was van spoedeisende zorg. Op 13 februari 2009 vond een gezamenlijk overleg plaats met de specialisten. Zij wilden wel opnieuw opereren, maar het advies was om naar Nottwil te gaan voor een second opinion. Op de aanvraag daartoe reageerde de ziektekostenverzekeraar niet. Het antwoord kwam pas na terugkomst. De gehanteerde DBC-code is onjuist, aangezien niet enkel een spondylodese is uitgevoerd, maar bijvoorbeeld ook een laminectomie. Bovendien werd op verschillende niveaus geopereerd en waren er complicaties. De omvang van het probleem bleek pas tijdens de operatie. In Nottwil kon verzoekster snel terecht. De behandeling zou in Nederland ook kunnen worden uitgevoerd, maar dan zou er een wachttijd zijn van circa twee maanden. Er is verzocht om afgifte van een E112-formulier, doch dit kwam te laat.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij niet twijfelt aan de medische noodzaak van de operatie. Niet gebleken is echter dat de operatie een zodanig spoedeisend karakter droeg dat deze niet kon worden uitgesteld, en dat wachtlijstbemiddeling in Nederland onvoldoende zou helpen.
 - 5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding afgebakend door voor de wortelblokkade het maximale DBC-tarief van € 409,95 en voor de spondylodese het maximale DBC-tarief van € 9.677,50 vast te stellen. Daarbij behoren de kosten van het eerste consult, de behandeling tot en met het laatste consult en eventuele complicaties.
 - 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de juiste DBC-code is gehanteerd. Hierin zijn de laminectomie en complicaties begrepen. Voor een spondylodese geldt een lager tarief. De gehele operatie heeft zich op laag-lumbaalniveau afgespeeld. De operatie in Zwitserland was gepland, zodat geen sprake was van een spoedeisende situatie.
 - 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht gedeeltelijk is ingewilligd.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de onderhavige operatie volledig, althans tot een hoger bedrag dan het door de ziektekostenverzekeraar vergoede bedrag van € 409,95 respectievelijk € 9.677,50 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde die in Nederland woont (...) heeft naar keuze aanspraak op:

- *zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.”*

Artikel 11.4 van de zorgverzekering bepaalt het volgende:

“Als de verzekerde gebruik maakt van zorg die geleverd wordt door een zorgaanbieder met wie [de ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.”

- 8.3. De artikelen 9, 11.4 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, alsmede activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:
- “Medisch noodzakelijke hulp wegens een ongeval of onvoorzien ziektegeval ontstaan tijdens de eerste 12 maanden van verblijf in het buitenland, voor vakantie, dienstzaken of studiedoel-einden.*
Aanvullend op de Basisverzekering bestaat er recht op vergoeding voor de kosten van deze onvoorziene medisch noodzakelijke zorg, die op grond van de Basisverzekering voor eigen rekening blijven. In geval van ziekenhuisverpleging worden maximaal 365 verpleegdagen ver-goed.
(...)
Aanvulling tot maximaal 200% Nederlands WMG-tarief na aftrek van de vergoeding uit de Ba-sisverzekering. (...)”
- 8.7. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 bepaalt, voor zover hier van belang, het vol-gende:
- “1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en*
(...)
c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:
i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke re-geling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak geduren-de hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke re-geling van de bevoegde Staat;
ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het or-gaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld or-gaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)"

Op grond van lid 3 zijn de leden 1 en 2 van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van een werknemer.

Met de inwerkingtreding van de 'overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten en de Zwitserse Bondsstaat over het vrije verkeer van personen' op 1 juni 2002 is EG-Verordening 1408/71 ook van toepassing op Zwitserland.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de ondergane operatie een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering vormt, en dat verzoekster daarvoor een indicatie heeft. Enkel de hoogte van de vergoeding houdt hen verdeeld.
- 9.2. Ingevolge artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 bestaat onder bepaalde voorwaarden aanspraak op vergoeding van zorg conform het socialezekerheidsstelsel van het land waar de zorg is genoten. Indien het tarief in het land waar de zorg is verleend verschilt van het tarief in het woonland, dient het voor de verzekerde meest gunstige tarief te worden gehanteerd. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 24 augustus 2010 blijkt dat het tarief in Zwitserland voor deze zorg CFH 14.828 bedraagt, hetgeen omgerekend € 9.774,43 is. De hoogte van dit bedrag is door verzoekster niet bestreden.
- 9.3. Voor zover de vergoeding op grond van de zorgverzekering aan de orde is, in welk verband het Nederlands tarief bepalend is, heeft de ziektekostenverzekeraar voor de vaststelling van de hoogte van het tarief van de wortelblokkade de DBC-code 05.11.00.1301.0112 gehanteerd, met als omschrijving "Reguliere zorg // Arthrosis / spondylosis: Thoracale / lumbale wervelkolom / Conservatief met dagopname(n)" met een bijbehorend tarief van € 409,95. Voor de spondylodese heeft de ziektekostenverzekeraar de DBC-code 05.21.00.1370.0213 gehanteerd, met als omschrijving "vervolg // Spondylolysis / listhesis / Operatief met klinische episode(n)", en een bijbehorend tarief van € 9.677,50. Beide DBC-codes zijn afkomstig uit het A-segment, zodat de tarieven een gegeven vormen. De gehanteerde codes komen de commissie juist voor.
- 9.4. Gelet op het voorgaande is het DBC-tarief in Nederland hoger dan het tarief volgens de Zwitserse sociale ziektekostenverzekering, zodat verzoekster aanspraak heeft op een bedrag van in totaal € 10.087,45 (€ 9.677,50 + € 409,95) ten laste van de zorgverzekering. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster uitgekeerd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor medisch noodzakelijke hulp vanwege een ongeval of onvoorzien ziektegeval tijdens de eerste twaalf maanden van verblijf in het buitenland. Bij verzoekster gaat het om geplande zorg. Immers,

zij is naar het buitenland afgereisd met het oog op de operatie. De medische noodzaak is derhalve niet ontstaan door een ongeval of onvoorzien ziektegeval dat plaatsvond in het buitenland, zodat geen dekking bestaat voor de (meer)kosten van de operatie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 november 2010,

Voorzitter