

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, endoscopische decompressie (herniaoperatie)
Zaaknummer	: ANO06.143
Zittingsdatum	: 20 december 2006

ANONIEM BINDEND ADVIES

Zaak ANO06.143, Geneeskundige zorg buitenland, endoscopische decompressie (herniaoperatie)

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

(art. 11, 13 en 14 Zvw, 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 21 juni 2006 inzake het niet (volledig) vergoeden van een endoscopische hernia-operatie in de Alpha Klinik te München (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Naturapolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 21 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat op basis van het restitutiereglement niets, respectievelijk slechts een gedeelte van de behandeling in de Alpha Klinik te München (ca € 8.400,00) vergoed zal worden.
- 3.3 Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 30 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld het in Nederland geldende marktconforme tarief, namelijk € 4.726,00, als uitgangspunt voor de hoogte van de vergoeding te nemen.
- 3.4 Bij brief van 28 september 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar op te dragen de totale kosten van de onderhavige behandeling in de Alpha Klinik te vergoeden.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 6 november 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7 Op 8 november 2006 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoeker en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker geen gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar is op 20 december 2006 telefonisch gehoord.
- 3.9 Bij brief van 22 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.10 Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 16 februari 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1 Verzoeker is een 22-jarige student waarbij sprake is van een HNP met wortelcompressie. Bij verzoeker zijn drie jaar geleden tijdens het voetballen rugklachten ontstaan. In eerste instantie waren de klachten lokaal, laag lumbaal, later zijn de klachten uitgestraald naar de knieholte. Aanvankelijk is verzoeker hiervoor doorverwezen naar de fysiotherapeut. In het begin was sprake van een verbetering, maar later minder. Vervolgens is verzoeker doorverwezen naar een manueel therapeut. Ook hier werd geen afdoend resultaat bereikt.
- 4.2 In oktober 2005 heeft verzoeker een laseroperatie ondergaan. De rugklachten waren aanvankelijk minder, maar 's nachts had hij pijn in het been en bij het zitten na een lange of vermoeiende dag. Verzoeker geeft aan dat thans de klachten alleen maar toenemen. Verzoeker stelt dat een kennis van hem eenzelfde operatie heeft ondergaan in dezelfde kliniek. Hij heeft echter alles vergoed gekregen van zijn zorgverzekeraar. Daar verzoeker student is, is hij financieel gezien niet in staat om het gedeelte dat de zorgverzekeraar niet wil vergoeden, zelf te voldoen.
- 4.3 Verzoeker is van mening dat de operatiemethode bij deze kliniek in Duitsland niet dezelfde is als die in Nederland. Als bewijs hiervan stuurt verzoeker een aantal bijlagen waarin de voordelen van de operatie worden uiteengezet. Tot slot verklaart verzoekers huisarts dat sprake is van een indicatie voor een HNP-operatie bij verzoeker en dat verzoeker zelf opteert voor een endoscopische procedure.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 Volgens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar is de operatietechniek die in de Alpha Klinik wordt gehanteerd, te weten het een laser onder een bepaalde hoek weefsel verwijderen waardoor het risico op zenuwbeschadiging zou worden weggenomen, experimenteel en geen medisch-specialistische zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Bovendien is ook niet bewezen dat deze operatietechniek beter is dan de standaard 'open' methode of de laser-endoscopische behandeling die in Nederland gebruikelijk is. Indien de operatie op de omschreven manier zal plaatsvinden, zal de zorgverzekeraar deze dan ook niet vergoeden.
- 5.2 De zorgverzekeraar geeft aan dat verzoeker op het spreekuur is geweest bij zijn medische adviseur. Geconstateerd is dat verzoeker zich vlot kan bewegen en dat er geen krachtsverlies in het been is. Er is volgens de zorgverzekeraar dan ook geen indicatie voor een operatie aanwezig. De zorgverzekeraar geeft aan dat hij ook bij de andere zorgverzekeraar, door verzoeker bij naam genoemd, heeft geverifieerd of

- deze inderdaad alles vergoedt. Dit blijkt niet het geval, behalve als er ook andere belangen meespelen (zoals een arbeidsongeschiktheidsverzekering).
- 5.3 Als de operatie op de gebruikelijke manier plaatsvindt, wordt verzoeker verwezen naar de polisvoorwaarden waarin is bepaald dat wanneer een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener, de kosten daarvan vergoed worden tegen het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde (maximum)tarief. De onderhavige operatie, endoscopische decompressie, is een behandeling waarvoor wel een DBC-code bestaat, maar waarvoor geen wettelijk vastgesteld tarief is. Daar deze operatie in Nederland ook wordt uitgevoerd, wordt op basis van artikel 2 lid 1 van het restitutiereglement een bedrag vergoed van ten hoogste het in Nederland geldende marktconforme tarief. Het marktconforme tarief is vastgesteld aan de hand van de tarieven van een aantal ziekenhuizen in de regio waar verzoeker woont.
- 5.4 Ten aanzien van de vraag dat een andere zorgverzekeraar voor eenzelfde operatie wel alles vergoedt, antwoordt de zorgverzekeraar dat met de komst van de Zvw het aan de zorgverzekeraars is om te bepalen welke vergoeding zij verlenen aan verzekerden die zich wenden tot een instelling zonder overeenkomst. De zorgverzekeraar heeft ervoor gekozen om 100 procent van de kosten te vergoeden van het in Nederland geldende marktconforme tarief.
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 Vergoeding van medisch specialistische zorg is geregeld in artikel 27 lid 1 van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt het volgende:

“De verzekerde die woont in Nederland, heeft ook aanspraak op zorg door een door de zorgverzekeraar (...) gecontracteerde zorgverlener of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar (...) gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 6 lid 4 van deze polis als zou die zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.”

Artikel 6 lid 4 van de zorgverzekering bepaalt:

“ Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde zorgverlener en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland worden de kosten daarvan vergoed tegen het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde (maximum-)tarief. Indien en voorzover er geen op basis van de WTG vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding plaats conform het in het Reglement Restitutie bepaalde.

In geen geval vindt vergoeding plaats boven het wettelijk vastgestelde maximumtarief of, indien dat niet bestaat, het in Nederland geldende marktconforme tarief. Het Reglement Restitutie is op te vragen bij de zorgverzekeraar (...).”

Artikel 2 lid 1 van het restitutiereglement bepaalt:

“ De gemaakte kosten voor zorg worden vergoed tot ten hoogste het op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief. (...).

Indien en voorzover er geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van gemaakte kosten voor zorg plaats tot ten hoogste het in Nederland geldende marktconforme tarief “.

- 7.3 Volgens artikel 2 van de zorgverzekering is de verzekeringsovereenkomst gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in deze zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zvw en het polisblad welke integraal onderdeel uitmaakt van de zorgpolis. Deze zorgpolis wordt bij het aangaan van de verzekering en na wijziging van de voorwaarden verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer
- 7.4 Voor de beoordeling van het onderhavige geschilpunt zijn de navolgende wettelijke bepalingen 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. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Het betreft onder andere zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Artikel 14, lid 1 van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar op zorginhoudelijke criteria een doelmatigheidstoets mag toepassen.
Artikel 13 lid 1 van de Zvw regelt dat indien een verzekerde bepaalde vormen van zorg van een andere zorgaanbieder betreft, dan de zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst tot het leveren van zorg gesloten heeft, het de zorgverzekeraar is die de vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten vaststelt.
- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.6 In het onderhavige geval is niet in geschil of de operatie kan worden aangemerkt als gebruikelijk in de (internationale) kring van de beroepsgenoten en daarmee sprake is van medisch specialistische zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Wél is in geschil of de in de Alpha Klinik gebruikte methode kan worden aangemerkt als medisch specialistische zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.
- 7.7 Uitgangspunt is vervolgens dat verzoeker beschikt over een naturapolis en dus is aangewezen op gecontracteerde zorg. De Alpha Klinik is niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd.
Van belang is in dit verband dat van de kant van de zorgverzekeraar is gewezen op de mogelijkheid om in Nederland deze operatie te ondergaan. Verzoeker heeft van deze mogelijkheid tot op heden geen gebruik gemaakt. Dat de methode die in Alpha Klinik wordt gebruikt beter is dan die in Nederland, is (in de procedure) niet aannemelijk gemaakt. Bovendien is ook niet aannemelijk gemaakt dat deze methode daadwerkelijk beter is.
- 7.8 Onder deze omstandigheden valt niet in te zien waarom de zorgverzekeraar zich niet zou mogen beroepen op de bepalingen van het restitutiereglement, aldus het recht op vergoeding van de kosten van de voorgenomen behandeling in de Alpha Klinik beperkend tot ten hoogste het in Nederland geldende marktconforme tarief.
- 7.9 Verzoeker heeft reeds bij brief van 19 mei 2006 aan de zorgverzekeraar kenbaar gemaakt welke operatie hij voornemens is te ondergaan. In deze brief geeft verzoeker ook aan dat de techniek die in de Alpha Klinik gehanteerd wordt anders is dan in Nederland. Het had op de weg van de zorgverzekeraar gelegen om zelf nader onderzoek te verrichten en zich te vergewissen van de operatiemethode in de Alpha Klinik. Nu de zorgverzekeraar claimt dat hij eerst na toezending van de stukken door verzoeker aan de commissie bekend is geworden met de operatiemethode, en hij zelfstandig geen onderzoek heeft verricht, mag verzoeker dan ook uitgaan van de toezegging van de zorgverzekeraar dat hij de operatie gedeeltelijk zal vergoeden.
- 7.10 Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker uitsluitend recht heeft op de toegezegde vergoeding van € 4.726,00.

8. Het bindend advies

- 8.1 De commissie wijst, met inachtneming van 7.9 en 7.10, het verzoek af.

Zeist, 28 februari 2007

Voorzitter