

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, percutane nucleotomie
Zaaknummer : 2008.00231
Zittingsdatum : 15 oktober 2008

Zaak: 2008.00231, Geneeskundige zorg, buitenland, percutane nucleotomie

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 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1 Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

De bestreden beslissing

2 Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 3 oktober 2007 haar rugoperatie in het buitenland te vergoeden tot twee maal het Nederlandse tarief van € 4.034,80.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (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, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).

3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "discusprolaps C5-6 links en C6-7 mediaal rechts". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een "percutane nucleotomie C5-6 en C6-7" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak wordt gehonoreerd tot een bedrag van maximaal twee keer (namelijk krachtens zorgverzekering en aanvullende verzekering) het Nederlandse tarief, telkens ad € 4.034,80.

3.3. Op 8 oktober 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.5. Bij brief van 17 januari 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. Bij brief van 8 februari 2008 heeft eerst een bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen plaatsgevonden. Naar aanleiding hiervan is door de zorgverzekeraar een additionele vergoeding van € 1.422,10 uitgekeerd. Verzoekster heeft bij brief van 3 mei 2008 verklaard dat zij het volledige bedrag van € 13.397,92 vergoed wenst te krijgen.
- 3.7. 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.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 14 juli 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 juli 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 juni 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 26 september 2008 telefonisch medegedeeld de hoorzitting mondeling bij te wonen.
- 3.10. Bij brief van 23 juli 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 4 september 2008 heeft het CVZ medegedeeld de commissie niet te kunnen adviseren, omdat de zorgverzekeraar een niet gebruikelijke behandeling onverplicht heeft vergoed. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 15 oktober 2008 gehoord. Verzoekster telefonisch en de zorgverzekeraar mondeling. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 24 oktober 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 29 oktober 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij al jaren lang kampt met ernstige pijnklachten in de rug, de heup, de beide benen en armen. Hiervoor maakt zij al geruime tijd gebruik van een morfinepomp, doch uiteindelijk bood ook die geen uitkomst meer. Ten einde raad heeft zij zich tot de Alpha Klinik in München gewend. Daar heeft op 6 maart 2007 een MIR op niveau L4-5 ondergaan.
- 4.2. Na de operatie bleek de pijn in de nek en de armen niet veel verbeterd. Deze bleken te worden veroorzaakt door een hernia op de niveaus C5-7. Verzoekster wil daarom een percutane nucleotomie op beide niveaus ondergaan.
- 4.3. Verzoekster kan zich niet vinden in de hoogte van de vergoeding die door de zorgverzekeraar is vastgesteld, omdat deze vergoeding, met DBC-prestatiecode 08.11.00.1505.0023 staat voor één herniaoperatie. Verzoekster heeft twee hernia-

operaties ondergaan. Het bedrag dient derhalve twee maal te worden uitgekeerd. Bovendien was de vergoeding voor een herniaoperatie in 2006 al € 6.233,00.

4.4. Ter zitting zijn door verzoekster geen nieuwe feiten of omstandigheden aangevoerd.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 in de Instructie DBC-registratie Neurochirurgie, paragraaf 3.2, staat vermeld dat indien logischerwijs de behandeling in tempi wordt uitgevoerd, er slechts sprake is van één DBC.

5.2. Omdat de operatie in 2007 is uitgevoerd dient het tarief van 2007 te worden gehanteerd, en niet het tarief van 2006.

5.3. Op grond van DBC-tariefcode 08.11.00.2525.0021 wordt een bedrag van € 4.745,85 vergoed, welk bedrag op grond van de aanvullende verzekering wordt verdubbeld.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor deze behandeling de neurochirurg de meest geëigende behandelaar is.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in deel B "Omvang dekking" van de zorgverzekering.

Artikel 5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Voor zover relevant, wordt in de leden 1 en 2 van artikel 5 het volgende geregeld:

"Lid 1

(. . .) De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen.

(. . .)

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor 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, genees-

middelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname"

Artikel 20 van deel B van de zorgverzekering regelt ten aanzien van zorg in het buitenland het volgende:

"Lid 1

De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 1 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

Lid 2

De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland heeft naar keuze:

- 1. aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag;*
 - 2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:*
 - tot maximaal het op het moment van behandeling op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;*
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*
- (..)"*

Ten algemene wordt in artikel 1 van deel B van de zorgverzekering de vergoeding op restitutiebasis geregeld:

"Lid 1

De zorgverzekering omvat aanspraak op vergoeding van kosten en vrijheid van keuze van zorgverlener van de zorg en overige diensten die naar inhoud en omvang in dit deel zijn omschreven. Betreffende zorg in het buitenland is van toepassing artikel 20.

lid 2

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- 1. het op het moment van behandeling op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief,'*
- 2. indien geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag;*
- 3. bij een contract tussen de zorgverlener en zorgverzekeraar echter conform hetgeen is overeengekomen. "*

In deel A "Algemene bepalingen" van de zorgverzekering wordt in artikel 1, Begripsomschrijvingen, de definitie van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):

"Een DBG beschrijft door middel van een DBG-prestatiecode, door het Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch--specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBG-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 artikelen 1, 5 en 20 van deel B en artikel 1 van deel A van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.3. 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.
- Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.2 lid 2 is geregeld dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht hetgeen de verzekerde als eigen bijdragen had moeten betalen indien hij of zij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten alsmede de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
- 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 van de vraag naar de indicatie in dit geval niet langer in geschil zijn. Met het schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar op 3 oktober 2007 voor de onderhavige behandeling tegen het in Nederland geldende tarief, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg en de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid immers niet meer relevant.
- 7.6. In geschil is of de zorgverzekeraar voor de onderhavige behandeling het juiste DBC-tarief heeft vergoed.
- 7.7. Met betrekking tot het tarief voor de onderhavige operatie oordeelt de commissie als volgt. 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 gehanteerde DBC-prestatiecode 08.11.00.2525.0021 ziet op neurochirurgie/reguliere zorg/cervicale laterale of anterieure discectomie/operatief poliklinisch. Dit betreft op het moment van de operatie een DBC-prestatiecode uit het A-segment. Vaststaat dat het bij die code behorende tarief € 2.564,45 bedraagt ten tijde van de aanvraag, zoals blijkt uit de NZa-Tariefapplicatie, en niet de door de zorgverzekeraar genoemde € 4.745,85.
- 7.8. De commissie is van oordeel dat, gelet op artikel 20 van deel B van de zorgverzekering door de zorgverzekeraar onder de gegeven omstandigheden niet de meest passende DBC-prestatiecode is toegepast. Verzoekster is immers door een orthopedisch chirurg behandeld, en niet door een neurochirurg. Declaratie door middel van DBC's geschiedt altijd aan de hand van het specialisme dat de behandeling heeft verricht.
- 7.9. De zorgverzekeraar dient voor de vergoeding van de door verzoekster ondergane operatie uit te gaan van het tarief van DBC-prestatiecode 05.11.00.1220.0213, welke staat voor orthopedie/reguliere zorg/H.N.P cervicale wervelkolom./operatief met klinische episode(n)). Dit betreft een DBC-prestatiecode uit het A-segment waarvoor het tarief ten tijde van de operatie een gegeven is - te weten € 6.489,55, samengesteld uit € 5.741 ziekenhuiskosten en € 748,55 specialistenhonorarium, zoals blijkt uit de NZa tariefapplicatie.
- 7.10. 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 1 van deel A van de zorgverzekering. Aangezien 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. Overigens komt de declaratie van een tweede DBC-prestatiecode (de zogenaamde parallelle DBC-prestatiecode) pas aan de orde indien sprake is van een extra zorgvraag (een andere dan de al bestaande zorgvraag) én sprake van: "substantieel meer kosten voor het ziekenhuis c.q. meer inzet door de medisch specialist". Hiervan is in de situatie van verzoekster geen sprake.

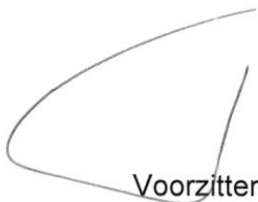
- 7.11. Het onder 7.6 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse 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.

- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met dien verstande dat de zorgverzekeraar, uitgaande van DBC-prestatiecode 05.11.00.1220.0213 met het bijbehorende tarief ad € 6.489,55, een nieuwe herberekening dient te maken en het verschil met het reeds betaalde bedrag aan verzoekster dient uit te keren, met dien verstande dat het totaal door de zorgverzekeraar uit te keren bedrag nimmer meer kan zijn dan de door verzoekster gemaakte kosten van € 13.397,92.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek, met inachtneming van het onder 7.12 bepaalde, toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 19 november 2008,



Voorzitter