

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, microscopische reconstructie van het
wervelkanaal L3-5
Zaaknummer : ANO07.414
Zittingsdatum : 19 december 2007

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO07.414, geneeskundige zorg, buitenland, microscopische reconstructie wervelkanaal L3-5

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 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.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de besluiten van de zorgverzekeraar van 14 november en 1 december 2006 inzake de hoogte van de vergoeding van de door haar in de Alpha Klinik in München (Duitsland) ondergane behandeling, te weten een microscopische reconstructie van het wervelkanaal op niveau L3-5.

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 Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brieven van 14 november en 1 december 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de door haar ondergane behandeling, een microscopische reconstructie van het wervelkanaal op niveau L3-5 in de Alpha Klinik in München tot maximaal het in Nederland geldende tarief wordt vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 26 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 17 augustus 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de nota's van € 23.649,89 en € 1.060,65 volledig te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 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 moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 9 oktober 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 november 2007 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 5 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Bij brief van 5 november 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door beide partijen afgezien.
- 3.9. Het CVZ heeft bij brief van 4 december 2007 de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster, een 64-jarige vrouw, is al jaren bekend met lage rugklachten, die in een kort tijdsbestek flink zijn toegenomen. In augustus 2007 is vastgesteld dat zij een synoviale cyste heeft tussen de facetgewrichtjes van het wervelkanaal op niveau L4-5 die wortelcompressie veroorzaakt. Voorts blijken er klinische aanwijzingen te zijn voor een radiculair syndroom op niveau L5. Haar neuroloog heeft een decompressieoperatie zonder stabilisatie voorgesteld, haar orthopeed heeft een decompressieoperatie met eventueel een flexibele stabilisatie voorgesteld.

Verzoekster heeft daarop op 19 september 2007 een second opinion in de Maartens Kliniek in Nijmegen laten uitvoeren, waarbij haar een decompressie met dynamische stabilisatie met behulp van een DIAM® prothese is geadviseerd, waarvoor zij binnen 6 tot 8 weken geopereerd kon worden.

Op 10 oktober 2006 is verzoekster naar een orthopeed in de Eeuweestkliniek in België gegaan, die haar een vrijblijvende offerte heeft uitgebracht voor een dringend noodzakelijke operatie, te weten een decompressie met resectie van de synoviale cyste op niveau L4-5 alsmede een PLIF (posterieure lumbale intervertebrale fusie) met behulp van een cage op hetzelfde niveau. Op 26 november 2007 zou zij daar kunnen worden geopereerd.

Drie dagen later kreeg zij zoveel pijn dat zij nauwelijks meer kon lopen, staan en liggen. Zij kon op dat moment direct bij de Alpha Klinik in München terecht, waar een stenose van het wervelkanaal en een synoviale cyste op niveau L4-5 werd vastgesteld, en een beginnende wervelkanaalstenose op niveau L3-4. Vanwege het spoedeisende karakter is zij op 16 oktober 2007 geopereerd. Hierbij heeft een microscopische reconstructie van het cervicale wervelkanaal op twee niveaus plaatsgevonden. Tijd om vooraf contact op te nemen met de zorgverzekeraar was er niet.

- 4.2. Verzoekster kan zich niet vinden in de hoogte van de toegezegde vergoeding van € 8.617,57. Zij stelt dat zij vanwege het spoedeisende karakter en de wachttijden in Nederland en België, op grond van jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie in de zaak Watts, het recht heeft zich, volledig ten laste van de zorgverzekeraar, elders te laten behandelen. Voorts stelt zij dat de hoogte van de vergoeding niet in verhouding staat tot de uitgebreide behandeling die zij heeft ondergaan. Evenmin zijn de reële kosten van de behandeling vergoed, omdat de vergoeding op basis van een DBC is vastgesteld, die niet alle kosten dekt.

Tot slot stelt zij dat een medepatiënt uit de Alpha Klinik een bedrag van € 9.400,00 van deze zorgverzekeraar vergoed heeft gekregen, bij een gelijkwaardige aandoening.

- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de rekening van € 23.694,89 voor de operatie en de rekening van € 1.060,56 voor de nacontrole volledig dient te vergoeden

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat conform de voorwaarden van de zorgverzekering de kosten van de behandeling tot maximaal het in Nederland geldende tarief wordt vergoed. Hoewel verzoekster vrij is in de keuze van haar medisch-specialist, is in de onderhavige situatie geen sprake van spoedeisende hulp, zodat dit geen aanleiding kan vormen om tot een hogere vergoeding over te gaan.
- 5.2. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat de behandeling van een wervelkanaalstenose op twee niveaus in het Nederlandse systeem binnen één DBC-code valt. Hiervoor wordt een bedrag van € 5.405,71 vergoed. Het verwijderen van de synoviale cyste is, naar later bleek ten onrechte, als tweede ingreep vergoed voor een bedrag van € 3.212,86.
- 5.3. De zorgverzekeraar stelt voorts dat in de situatie van de medepatiënt van verzoekster ten onrechte een verrekenpercentage van 125,62 percent is toegepast in plaats van de bedoelde 25,62 percent. Een vergissing in het voordeel van een verzekerde mag echter naar de stellige overtuiging van de zorgverzekeraar niet tot een aanspraak voor andere verzekerden leiden.
- 5.4. Tot slot stelt de zorgverzekeraar dat zes tot acht weken wachttijd niet onaanvaardbaar lang is in het licht van de aandoening. En voor zover mevrouw Watts in het gelijk is gesteld door het Europese Hof, heeft zij niet meer dan het marktconforme tarief vergoed gekregen.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat niet meer vergoed hoeft te worden dan de toegezegde € 8.617,57.

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 relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. 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 geregeld 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.

- 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 is geregeld in de artikelen 9 en 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 15 van de zorgverzekering 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

(...)"

Artikel 9.4 van de zorgverzekering 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 9.3 van de zorgverzekering 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 9.5 van de zorgverzekering 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."

Artikel 31 van de zorgverzekering ziet op verblijf in een instelling en bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"Omschrijving: (vergoeding van de kosten van) medisch noodzakelijk verblijf gedurende het etmaal in verband met (...) medisch specialistische zorg (...) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen in een ziekenhuis (...) of zorghotel, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen. De medische noodzaak wordt vastgesteld door (...), medisch specialist (...)."

Artikel 1.15 van de zorgverzekering geeft de definitie van een DBC, en bepaalt:

"15. Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): het op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert."

- 7.3. De regeling van de artikelen 1, 9, 15 en 31 is volgens artikel 2.10 van de voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. 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 bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie is van oordeel dat de onderhavige behandeling – te weten microscopische reconstructieve chirurgie voor het opheffen van een cervicale wervelkanaalstenose – niet voldoet aan de maatstaven die mede bepaald worden door de internationale stand van de wetenschap en praktijk en evenmin in het betrokken vakgebied heeft te gelden als verantwoorde en adequate zorg. De commissie baseert zich daarbij op het advies van het CVZ van 10 oktober 2006, zaaknummer 26073544, waaruit blijkt dat zowel de Europese als de Amerikaanse richtlijnen inzake wervelkanaalstenose melding maken van het volgende:

"er is slechts beperkt bewijs dat operatief ingrijpen effectiever is dan goede conservatieve behandeling. Indien toch operatief ingrijpen geïndiceerd is, is behandeling van eerste keus laminectomie en eventueel fusiechirurgie. De conclusie van het CVZ is dat er onvoldoende data zijn over de minimaal invasieve technieken bij wervelkanaalstenose. Er bestaan slechts twee beschrijvende studies, in totaal 200 à 300 patiënten."

Microscopische reconstructieve chirurgie voor het opheffen van een cervicale wervelkanaalstenose is daarmee geen geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten ple-

gen die te bieden, als bedoeld in artikel 15 van de zorgverzekering.

- 7.7. Óf al dan niet sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering kan echter in dit geval onbesproken blijven. Met het schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar op 14 november 2006 voor de nekoperatie in de Alpha Klinik in München, tegen het in Nederland geldende tarief, zijn de beoordeling van de gebruikelijkheid, de indicatie en de doelmatigheid van de onderhavige zorg in dit specifieke geval immers niet meer relevant.
- 7.8. Rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. De commissie stelt vast dat door de zorgverzekeraar bij de toestemming DBC-code 05.11.00 1350.0213 is genoemd. Deze DBC-code komt de commissie gezien de omschrijving daarvan en de gevraagde behandeling, niet onredelijk voor. Het betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 4.391,70, bestaande uit € 3.993,00 ziekenhuistarief en € 389,70 specialistenhonorarium) ten tijde van de operatie.
- 7.9. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. In de Nederlandse tariefsystematiek doet daarbij niet ter zake of een laminectomie op één, op twee, dan wel op meer niveaus plaatsvindt. Aangezien alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn begrepen 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 genoemde DBC-code geëigend is.
- 7.10. Het onder 7.8 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en worden geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, aangezien 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 tóch een aanvullende vergoeding op basis van het verreken-tarief geboden dient te worden, zoals in dit geval, dan zal de commissie in die beslissing niet treden.
- 7.11. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de spoedeisendheid concludeert de commissie dat, aangezien de operatie van verzoekster op 16 oktober 2006 heeft plaatsgevonden – dat wil zeggen 3 dagen nadat de diagnose door de behandelend medisch-specialist in de Alpha Klinik is gesteld, welke diagnose in augustus 2006 eveneens was gesteld – in redelijkheid niet meer gesproken kan worden van een

acute noodsituatie die levensbedreigend is en waarbij onmiddellijk ingrijpen is vereist.

- 7.12. Ook de stelling van verzoekster dat zij in Nederland niet (tijdig) geholpen kon worden is, mede tegen de achtergrond van de operatiemogelijkheden in de Maartens Kliniek in Nijmegen en in Eindhoven binnen 6 tot 8 weken, zoals door verzoekster zelf gesteld en door de zorgverzekeraar niet weersproken, onvoldoende aannemelijk gemaakt.
- 7.13. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar het gelijkheidsbeginsel heeft geschonden aangezien een andere verzekerde de kosten voor een medische behandeling als door verzoekster aangevraagd voor € 9.400,00 is vergoed, terwijl in haar situatie de aanvraag tot vergoeding van de behandeling tot een vergoeding van € 8.617,57 leidt. Dit heeft volgens verzoekster tot gevolg dat haar vordering minimaal dient te worden toegewezen tot dit bedrag.
- Van schending van het gelijkheidsbeginsel kan sprake zijn indien de zorgverzekeraar een begunstigend beleid voert, of ten aanzien van (een) bepaalde verzekerde(n) sprake is van een “oogmerk tot begunstiging”, of als de zogenoemde meerderheidsregel wordt geschonden.
- Gesteld noch gebleken is dat sprake is van een begunstigend beleid van de zorgverzekeraar en evenmin dat sprake is van een “oogmerk tot begunstiging”. Bij toepassing van de meerderheidsregel gaat het erom of in de meerderheid van de met het geval van belanghebbende vergelijkbare gevallen een juiste toepassing van de op voormelde regelgeving gebaseerde polisvoorwaarden achterwege is gebleven. Indien deze vraag bevestigend moet worden beantwoord, dient deze – in de meerderheid van de vergelijkbare gevallen door de zorgverzekeraar gevolgde – gedragslijn ook in het geval van verzoekster te worden gevolgd. Aangezien verzoekster slechts een concreet geval heeft genoemd, is toepassing van de meerderheidsregels in het onderhavige geval niet aan de orde. Daarbij komt dat de zorgverzekeraar heeft gesteld dat het hier om een incidentele fout ging. Het tegendeel is gesteld noch gebleken. Verzoeksters beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt derhalve.
- 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 januari 2008

Voorzitter