

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E en F beide te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, craniotomie en laminectomie bij spinale tumor, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.02181
Zittingsdatum : 17 juli 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2006, art. 22 Vo. nr. 1408/71)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,

tegen

1) E te G, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een craniotomie en laminectomie, uitgevoerd te Rheine (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 maart 2006 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten worden vergoed tot maximaal 90 percent van het Nederlandse marktconforme tarief. Bij brief van 15 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat terecht een bedrag van € 11.449,32 is vergoed.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 e-mailbericht van 28 januari 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 maart 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 april 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 juli 2013 telefonisch medegedeeld eveneens mondeling te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 maart 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 april 2013 (zaaknummer 2013044791) heeft het CVZ 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-code is gehanteerd, en geen parallelle DBC mag worden geopend. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 26 juni 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juli 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie desgevraagd bij brief van 1 augustus 2013 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.11. Verzoeker heeft bij brief van 11 augustus 2013 gereageerd op de onder 3.10 genoemde aanvullende informatie van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.12. Bij brief van 12 augustus 2013 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de onder 3.10 en 3.11 genoemde stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 22 augustus 2013 de commissie medegedeeld dat de stukken 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 verzoeker
 - 4.1. Bij verzoeker is een spinale tumor geconstateerd, waaraan hij moest worden geopereerd. De arts in Nederland heeft – daarnaar gevraagd – medegedeeld dat hij de operatie nog niet vaak had uitgevoerd, omdat de indicatie van verzoeker niet vaak voorkomt. Verzoeker is hierop op zoek gegaan naar een arts met ervaring op dit gebied. Deze ervaring was aanwezig bij twee artsen in de Verenigde Staten en een arts in Duitsland. Verzoeker heeft voor de laatste gekozen. Bovendien kon hij bij de arts in

Duitsland binnen zes weken worden geholpen, terwijl in Nederland een wachttijd bestond van drie maanden.

- 4.2. Voorafgaand aan de ingreep heeft de vader van verzoeker gesproken met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Hem is gezegd dat verzoeker naar Duitsland kon gaan, en dat 90 percent zou worden vergoed van hetgeen de behandeling in Nederland kost. De ouders van verzoeker hebben aan het ziekenhuis een bedrag van circa € 40.000,-- betaald, terwijl de vergoeding van de ziektekostenverzekeraar slechts € 10.000,-- bedraagt.
- 4.3. Verzoeker vraagt zich af of door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd, maar hij kan niet achter de passende code komen. De ziektekostenverzekeraar lijkt geen rekening te hebben gehouden met het feit dat buiten een craniotomie ook een laminectomie is uitgevoerd, en dat de gehele operatie dertien uur heeft geduurd. Ook is verzoeker aansluitend aan de ingreep gedurende 21 dagen opgenomen geweest.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat op 16 maart 2006 – een dag na de second opinion in Duitsland – telefonisch overleg heeft plaatsgevonden tussen zijn vader en de ziektekostenverzekeraar. Hiervan is geen registratie gemaakt. Wel is een registratie van een terugbelnotitie aanwezig. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn vader ook daadwerkelijk teruggebeld. In dat gesprek is medegedeeld dat 90% van de kosten zou worden vergoed. Verzoeker stelt dat op korte termijn moest worden geopereerd. Zorgbemiddeling zou teveel tijd in beslag nemen. Verzoeker wenst een eerlijke vergoeding. Hij heeft enkele DBC's gevonden die van toepassing kunnen zijn, te weten: (i) 972802029 met bijbehorend tarief van € 18.270,30, (ii) 029999018 met bijbehorend tarief van € 19.619,29 en (iii) een DBC betreffende holtevorming in ruggenmerg syringomyelie met bijbehorend tarief van € 6.613,24.
- 4.5. Nadien heeft verzoeker verklaard dat er in Nederland weinig ervaring is met operaties als de onderhavige. Er zijn weinig patiënten met een tumor zoals verzoeker die had. De ziektekostenverzekeraar stelt niet te kunnen nagaan of de operatie veelvuldig in Nederland wordt toegepast. De ziektekostenverzekeraar had verzoeker destijds dan ook niet kunnen verwijzen naar een chirurg/kliniek met veel ervaring. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar verzuimd in te gaan op het verweer van verzoeker dat er in Nederland in 2006 een wachttijd bestond voor de operatie.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekering van verzoeker is een naturapolis. Dit betekent dat hij was aangewezen op door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. Aangezien het ziekenhuis in Duitsland niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, heeft verzoeker een vergoeding gekregen van 90 percent van het Nederlandse marktconforme tarief, in totaal een bedrag van € 11.449,32.
- 5.2. Verzoeker heeft geen gebruik gemaakt van wachtlijstbemiddeling. Daarom kon niet worden onderzocht of de zorg in Nederland tijdig beschikbaar was. Dit is tevens de reden dat geen E 112-formulier is afgegeven. De gehanteerde DBC-code met het

nummer 08.11.00.1120.0023 is juist. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

- 5.3. Niet gebleken is dat een telefonische toezegging is gedaan. Er is enkel een gesprek geregistreerd op 17 maart 2006, waarin de vader van verzoeker heeft gevraagd om informatie over de procedure.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet wordt betwist dat het bewuste telefoongesprek heeft plaatsgevonden – er zijn immers acties ondernomen. De vader van verzoeker is doorverbonden met de afdeling Buitenland. De medewerkers aldaar hebben dagelijks te maken met dit soort zaken. Het is derhalve zeer onwaarschijnlijk dat is gezegd dat 90% van de kosten zou worden vergoed. Het is aannemelijk dat is gezegd dat 90% van het Nederlandse tarief zou worden vergoed. Gezien de korte termijn waarop een en ander moest plaatsvinden, was het handiger geweest om een schriftelijke bevestiging te vragen. Nu is het een welles-nietes kwestie. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de medisch adviseur meermalen de toepasselijke DBC-code heeft onderzocht. Telkens wordt op dezelfde DBC uitgekomen. Het CVZ heeft bevestigd dat dit de juiste DBC is. Een DBC is een gemiddeld all-in tarief. In Duitsland wordt de zorg per handeling gefactureerd. Bovendien is verzoeker in een vrij dure kliniek behandeld. Tot slot merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de aanvullende ziektekostenverzekering niet van toepassing is op zorgvragen als de onderhavige.
- 5.5. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de door verzoeker genoemde codes – 972802029 en 029999018 – niet herleidbaar zijn. Deze codes betreffen mogelijk DOT zorgproductcodes. Deze codes gelden echter niet in de onderhavige kwestie, omdat de behandeling in 2006 heeft plaatsgevonden, en de DOT zorgproductcodes eerst vanaf 1 januari 2012 worden gebruikt. Voorts is het niet mogelijk na te gaan of de door verzoeker ondergane operatie ook in Nederland veelvuldig wordt toegepast. Er worden geen gegevens over volumes en uitkomsten bij neurochirurgische ingrepen bijgehouden en gepubliceerd. Daarnaast zijn er geen aanwijzingen dat de zorg in Nederland onder de maat zou zijn.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 34 lid 4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 10.3 van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, dan wel tot een hoger bedrag dan € 11.449,32, in te willigen, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 8 tot en met 25 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 9 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak omvat de 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 en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als:

- a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op intramurale zorg;*
- b. kaakchirurgische zorg betrekking heeft op het aanbrengen van tandheelkundige implanta-ten, osteotomie en extracties in narcose;*
- c. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op behandelingen van plastisch chirurgi-sche aard. (...)"*

- 8.4. Artikel 24 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aan-spraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door de ziektekos-tenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteer-de 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 Neder-land door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. (...)"

- 8.5. Artikel 3 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“lid 2

Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, ver goed.

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

a. het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;

b. indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de ziektekostenverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend, medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft wordt de toestemming tot het inroepen van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval de ziektekostenverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

lid 3

Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland, wordt de vergoeding verlaagd met een bedrag dan wel percentage verlaagd als genoemd onder de betreffende zorgaanspraak. (...)

- 8.6. De artikelen 3, 9 en 24 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- 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 zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. Artikel 22 van Vo. nr. 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“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 regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling 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 orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan 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. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker is naar een andere lidstaat van de EU gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Er is derhalve sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 22 van Vo. nr. 1408/71.
- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft, na een telefoongesprek met de vader van verzoeker op 17 maart 2006, nog op de zelfde dag een in te vullen aanvraagformulier aan verzoeker gezonden, met uitleg over de hoogte van de vergoeding. Dit formulier is op 24 maart 2006 ingevuld geretourneerd. Op 21 maart 2006 heeft de ingreep plaatsgevonden. Bij brief van 28 maart 2006 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de zorg tijdig in Nederland kan plaatsvinden. Deze mededeling is – gelet op de datum van het eerste bericht aan de ziektekostenverzekeraar dat een behandeling in het buitenland zou plaatsvinden – binnen een redelijke termijn gedaan. Aangezien verzoeker de ziektekostenverzekeraar niet in de gelegenheid heeft gesteld te onderzoeken of de zorg tijdig bij een door hem gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar was – bijvoorbeeld door gebruik te maken van wachtlijstbemiddeling als bedoeld in artikel 3 lid 2 van de ‘algemene voorwaarden’

van de zorgverzekering – is de situatie vergelijkbaar met die waarin geen aanvraag voor een E112-formulier is gedaan. De Verordening blijft in dat geval buiten toepassing en getoetst dient te worden aan artikel 9 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering.

- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat de door verzoeker ondergane operatie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van de vergoeding.
- 9.4. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar – na herstel van een eerder genoemde foutieve code – uitgegaan van DBC-code 08.11.00.1120.0023 met als omschrijving: *“reguliere zorg // infratentoriele intra-axiale tumoren, behandeling dmv craniotomie / operatief met klinische episode(n)”*. Het betreft een code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief is € 9.964,75. Verzoeker heeft aanspraak op maximaal 90 percent van dit bedrag. De ziektekostenverzekeraar heeft een vergoeding verleend van € 11.449,32. De ziektekostenverzekeraar kan op deze beslissing niet terugkomen. De gehanteerde DBC-code komt de commissie – gelet op de bij verzoeker uitgevoerde ingreep en het advies van het CVZ van 24 april 2013 – juist voor.
- 9.5. Rest de vraag of het feit dat tijdens de craniotomie tevens een laminectomie heeft plaatsgevonden, en de operatie dertien uur heeft geduurd, aanleiding vormt voor het openen van een zogenoemde parallelle DBC. De ‘DBC Onderhoud Instructie Neurochirurgie’ (te raadplegen via www.dbconderhoud.nl) omschrijft wanneer een parallelle DBC mag worden geopend en luidt, voor zover hier van belang:

“Criteria voor het openen van een parallelle DBC:

Er is sprake van een extra zorgvraag (een andere dan de al bestaande zorgvraag).

Er is sprake van: “substantieel meer kosten voor het ziekenhuis c.q. meer inzet door de medisch specialist”.

Alleen indien aan beide criteria is voldaan, mag een parallelle DBC (zorgtype 11) worden geopend!

*Voorbeelden van substantieel meer kosten of inzet door een **extra zorgvraag** zijn operaties in een heel ander gebied of uitgebreide dure diagnostiek rond een nieuwe zorgvraag. Als er sprake is van substantieel meer kosten of inzet bij **dezelfde zorgvraag**, mag u geen tweede, parallelle DBC openen. Er wordt dan niet voldaan aan het eerste criterium, een extra zorgvraag (een extra CT-scan is geen criterium om een extra DBC te openen).*

Als richtlijn kan worden gehanteerd dat er pas sprake is van “substantieel” als de inzet of de kosten 40% hoger liggen dan het gemiddelde van de al openstaande zorgvraag. (...)

- 9.6. Bij verzoeker was sprake van één zorgvraag, namelijk een spinale tumor. Deze is behandeld in één operatie, waarbij twee ingrepen zijn toegepast. Gelet op de hiervoor aangehaalde instructie bestaat in het geval van verzoeker geen aanleiding een parallelle DBC te openen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Telefonische toezegging

- 9.8. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat hem of zijn vader door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar de mededeling is gedaan dat een hogere vergoeding zou worden verleend dan € 11.449,32. Er is tijdens het telefoongesprek met de vader van verzoeker enkel een percentage genoemd van 90, en het is aannemelijk dat er is medegedeeld dat dit zou worden toegepast op het Nederlands tarief.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 augustus 2013,

Voorzitter