CVZ College voor zorgverzekeringen

Postbus 320
1110 AH Diemen

2 3 JULI 2012
2012.00243

Aan de Geschillencommissie van
Stichting Klachten en Geschillen
Zorgverzekeringen (SKGZ)
T.a.v. mevrouw
Postbus 291
3700 AG ZEIST

Uw brieven van	Uw kenmerken	Datum
7 mei en 9 juli 2012	G47 2012.00243/8/G G85 2012.00243/15/G	20 juli 2012
Ons kenmerk	**Behandeld door**	**Doorkiesnummer**
ZA/2012070493, versie 2		(020) 797 88 03

Zaaknummer
2012061449

Onderwerp
Definitief advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 7 mei 2012 aan het College voor zorgverzekeringen advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet. Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van twee rugoperaties, uitgevoerd te Hudson (Verenigde Staten), te weten injectie- en denervatietechnieken en een hernia nuclei pulposi (HNP)-operatie.

Bij uw adviesaanvraag hebt u ons ook een kopie van het dossier gestuurd. Op 1 juni 2012 heeft het College het voorlopige advies aan uw commissie verstuurd.

Vervolgens heeft uw commissie het verslag van de hoorzitting d.d. 27 juni 2012 en de tijdens de hoorzitting voorgedragen pleitnota en de na de hoorzitting verzonden en ontvangen correspondentie (hierna: bijlagen) aan het College verstuurd met het verzoek om een definitief advies.

Vooraf merkt het College op dat de adviestaak van het College beperkt is tot de vraag of een verzekerde aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Het advies van het College kan dus geen betrekking hebben op een beslissing van een zorgverzekeraar op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Medische beoordeling
Na kennisneming van het geschil heeft het College dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee, hierbij rekening houdende met de vraag van uw commissie of de tweede behandeling te beschouwen is als behandeling van een complicatie van de eerste behandeling.

Voorlopig advies

Verwijzing
Uit het dossier is met zekerheid af te leiden dat de behandelingen niet berustten op een verwijzing door de huisarts. De huisarts heeft meerdere malen schriftelijk verklaard dat verzoeker zichzelf verwezen had. Er was dus geen sprake van een geldige verwijzing.

Behandelingen
Verzoeker onderging zowel injectie- en denervatietechnieken als een HNP-operatie.

Het College heeft in het rapport 'Behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten' d.d. 25 maart 2011[1] het standpunt ingenomen dat injectietechnieken voor de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten niet voldoen aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Dit betekent dat facetdenervatie en injectietechnieken niet behoren tot de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet.

De HNP-operatie zou als aanspraak hebben kunnen gelden, als er een geldige verwijzing aan ten grondslag had gelegen.

Toepasselijk tarief
Verweerder heeft een vergoeding toegekend voor de eerste ingreep (facetbehandeling). De door verweerder gehanteerde DBC is weliswaar de passende, echter, het betreft geen zorg die onderdeel van het basispakket uitmaakt.

De DBC die voor de HNP-operatie eventueel wel als uitgangspunt genomen had kunnen worden als er een geldige verwijzing was geweest, is 05.11.00.1360.0213. Deze DBC staat voor een operatie (met ziekenhuisopname) van een rughernia door een orthopeed. Dit is een B-DBC waarvoor geen wettelijke tariefhoogte geldt. Het marktconforme tarief moet dus afgeleid worden van de tarieven die in Nederland destijds tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen waren overeengekomen.

Conclusie
a. Verzoeker had geen aanspraak op de door verweerder toegekende vergoeding voor de eerste ingreep omdat deze niet volgens de stand van wetenschap en praktijk is.
b. Op de tweede ingreep, de HNP-operatie, bestond evenmin recht op vergoeding omdat een gerichte verwijzing ontbrak.
c. Als er een gerichte verwijzing naar de betreffende buitenlandse arts geweest was, dan zou maximaal recht op vergoeding hebben bestaan op basis van DBC 05.11.00.1360.0213.

Definitief advies naar aanleiding van het verslag van de hoorzitting en bijlagen

De vraag is opgeworpen of de tweede behandeling te beschouwen is als behandeling van een complicatie van de eerste behandeling.

---

[1] http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2011/rpt1103-chronische-lagerugklachten.pdf

Het betreft in casu om twee afzonderlijke behandelingen voor dezelfde klacht. Van complicatie-behandeling is geen sprake. Wel kan het zijn dat de beslissing tot de tweede operatie is genomen omdat de eerste behandeling niet afdoende leek.

Wat hier ook van zij, er was geen sprake van een geldige verwijzing. De vragen in hoeverre er sprake was van zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk, in hoeverre de tweede ingreep samenhing met de aanvankelijke behandeling en of er een passende indicatie voor de ingreep was niet aan de orde.

Gezien het bovenstaande, is geen aanleiding tot wijziging van de conclusie.

Juridische beoordeling
Het College heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, is het College van oordeel dat verzoeker niet in aanmerking komt voor het gevraagde.

In artikel 2.4 van de Algemene voorwaarden bij de Zilveren Kruis Achmea Beter Af Selectief Polis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgverzekering omschreven, mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door de wetenschap en praktijk. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Zorgvormen die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk komen niet voor vergoeding of verstrekking ten laste van de zogenoemde 'basisverzekering' in aanmerking.

In artikel 14, tweede lid Zorgverzekeringswet is bepaald dat de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt dat geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts. Toegang tot zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden is hiermee afhankelijk gesteld van een voorafgaande verwijzing door een zorgaanbieder, waarbij de wetgever ervoor heeft gekozen om geen limitatieve opsomming van zorgaanbieders te geven. De zorgverzekeraar vermeldt de groepen verwijzers in zijn modelovereenkomst, en daarmee tevens in de zorgpolissen die hij opstelt nadat een individuele verzekeringsplichtige voor een zorgverzekering overeenkomstig dat model heeft gekozen.

In artikel 4 van de Zilveren Kruis Achmea Beter Af Selectief Polis is, voor zover in het onderhavige geschil van belang, bepaald dat een verzekerde alleen recht heeft op medisch specialistische zorg als deze is doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Nu de medisch adviseur heeft aangegeven dat de eerste ingreep (injectie- en denervatietechnieken) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en er daarom geen sprake is van verzekerde zorg, en dat er geen geldige verwijzing was voor de tweede ingreep (HNP-operatie), komt verzoeker niet in aanmerking voor vergoeding hiervan.

Definitief advies van het College
Gelet op het bovenstaande adviseert het College tot afwijzing van het verzoek.

Hoogachtend,

College voor zorgverzekeringen

Eekholt 4
1112 XH Diemen

Postbus 320
1110 AH Diemen

(020) 797 85 55
(020) 797 85 00

info@cvz.nl
www.cvz.nl

2012.00243
04 JUNI 2012

Aan de Geschillencommissie van
Stichting Klachten en Geschillen
Zorgverzekeringen (SKGZ)
T.a.v. mevrouw
Postbus 291
3700 AG ZEIST

Uw brief van	Uw kenmerk	Datum
7 mei 2012	G47 2012.00243/8/G	1 juni 2012
Ons kenmerk	Behandeld door	Doorkiesnummer
ZA/2012070493		(020) 797 88 03

Zaaknummer
2012061449

Onderwerp
Advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 7 mei 2012 aan het College voor zorgverzekeringen advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet. Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van twee rugoperaties, uitgevoerd te Hudson (Verenigde Staten), te weten injectie- en denervatietechnieken en een hernia nuclei pulposi (HNP)-operatie.
Bij uw adviesaanvraag hebt u ons ook een kopie van het dossier gestuurd, maar een verslag van de hoorzitting ontbreekt nog. Het College brengt daarom een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

Vooraf merkt het College op dat de adviestaak van het College beperkt is tot de vraag of een verzekerde aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Het advies van het College kan dus geen betrekking hebben op een beslissing van een zorgverzekeraar op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Medische beoordeling
Na kennisneming van het geschil heeft het College dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.

Verwijzing
Uit het dossier is met zekerheid af te leiden dat de behandelingen niet berustten op een verwijzing door de huisarts. De huisarts heeft meerdere malen schriftelijk verklaard dat verzoeker zichzelf verwezen had. Er was dus geen sprake van een geldige verwijzing.

Behandelingen
Verzoeker onderging zowel injectie- en denervatietechnieken als een HNP-operatie.

Het College heeft in het rapport 'Behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten' d.d. 25 maart 2011[1] het standpunt ingenomen dat injectietechnieken voor de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten niet voldoen aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Dit betekent dat facetdenervatie en injectietechnieken niet behoren tot de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet.

De HNP-operatie zou als aanspraak hebben kunnen gelden, als er een geldige verwijzing aan ten grondslag had gelegen.

Toepasselijk tarief
Verweerder heeft een vergoeding toegekend voor de eerste ingreep (facetbehandeling). De door verweerder gehanteerde DBC is weliswaar de passende, echter, het betreft geen zorg die onderdeel van het basispakket uitmaakt.

De DBC die voor de HNP-operatie eventueel wel als uitgangspunt genomen had kunnen worden als er een geldige verwijzing was geweest, is 05.11.00.1360.0213. Deze DBC staat voor een operatie (met ziekenhuisopname) van een rughernia door een orthopeed. Dit is een B-DBC waarvoor geen wettelijke tariefhoogte geldt. Het marktconforme tarief moet dus afgeleid worden van de tarieven die in Nederland destijds tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen waren overeengekomen.

Conclusie
a. Verzoeker had geen aanspraak op de door verweerder toegekende vergoeding voor de eerste ingreep omdat deze niet volgens de stand van wetenschap en praktijk is.
b. Op de tweede ingreep, de HNP-operatie, bestond evenmin recht op vergoeding omdat een gerichte verwijzing ontbrak.
c. Als er een gerichte verwijzing naar de betreffende buitenlandse arts geweest was, dan zou maximaal recht op vergoeding hebben bestaan op basis van DBC 05.11.00.1360.0213.

Juridische beoordeling
Het College heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, is het College van oordeel dat verzoeker niet in aanmerking komt voor het gevraagde.

In artikel 2.4 van de Algemene voorwaarden bij de Zilveren Kruis Achmea Beter Af Selectief Polis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgverzekering omschreven, mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door de wetenschap en praktijk. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Zorgvormen die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk komen niet voor vergoeding of verstrekking ten laste van de zogenoemde 'basisverzekering' in aanmerking.

---

[1] http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2011/rpt1103-chronische-lagerugklachten.pdf

In artikel 14, tweede lid Zorgverzekeringswet is bepaald dat de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt dat geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts. Toegang tot zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden is hiermee afhankelijk gesteld van een voorafgaande verwijzing door een zorgaanbieder, waarbij de wetgever ervoor heeft gekozen om geen limitatieve opsomming van zorgaanbieders te geven. De zorgverzekeraar vermeldt de groepen verwijzers in zijn modelovereenkomst, en daarmee tevens in de zorgpolissen die hij opstelt nadat een individuele verzekeringsplichtige voor een zorgverzekering overeenkomstig dat model heeft gekozen.

In artikel 4 van de Zilveren Kruis Achmea Beter Af Selectief Polis is, voor zover in het onderhavige geschil van belang, bepaald dat een verzekerde alleen recht heeft op medisch specialistische zorg als deze is doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Nu de medisch adviseur heeft aangegeven dat de eerste ingreep (injectie- en denervatietechnieken) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en er daarom geen sprake is van verzekerde zorg, en dat er geen geldige verwijzing was voor de tweede ingreep (HNP-operatie), komt verzoeker niet in aanmerking voor vergoeding hiervan.

Advies
Gelet op het bovenstaande adviseert het College tot afwijzing van het verzoek.

Hoogachtend,