

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, minimaal invasieve reconstructie van
een lumbale wervelkanaalstenose
Zaaknummer : ANO07.266
Zittingsdatum : 19 september 2007

Zaak: ANO07.266, geneeskundige zorg, buitenland, minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose

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, 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C te D
tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 11 mei 2006 inzake het niet vergoeden van de door haar ondergane rugoperatie – een minimaal invasieve reconstructie van het lumbale wervelkanaal – in de Alpha Klinik te München (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 11 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de door haar in de Alpha Klinik te München ondergane behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 15 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de rugoperatie in München tegen het daarvoor geldende Nederlandse tarief – te weten € 3.950,00 – zal worden vergoed.
- 3.4. Bij brief van 15 januari 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de helft van de rekening van de behandeling in München, in totaal € 30.937,48, te vergoeden.
- 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 mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 8 maart 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juli 2007 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 13 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Bij brief van 20 juli 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 31 juli 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar heeft aangegeven gehoord te willen worden.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 10 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is de zorgverzekeraar gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting toegezonden, verzoekster ontvangt dit advies met dit bindend advies.
- 3.10. De zorgverzekeraar is op 19 september 2007 telefonisch gehoord en is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Verzoekster is op 20 september 2007 een verslag van de hoorzitting gezonden en heeft de gelegenheid gekregen hierop te reageren.
- 3.12. Bij brief van 26 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster is een 78-jarige vrouw, die een lichte centrale stenose had op niveau L3-4 en artrose met foraminale stenose op niveau L4-5. Verzoekster is geadviseerd epidurale injectie te laten uitvoeren door een anesthesioloog.
 - 4.2. Verzoekster heeft zich, na uitgebreid informatie te hebben ingewonnen, uiteindelijk gewend tot de Alpha Klinik, waar haar een minimaal invasieve reconstructie van de lumbale wervelkolom op de niveaus L2-3, L3-4 en L4-5 is geadviseerd. Verzoekster heeft voor deze behandeling gekozen en is op 17 januari 2006 geopereerd.
 - 4.3. De door de zorgverzekeraar aangeboden zorgbemiddeling heeft voor haar niet tot een acceptabel alternatief geleid. Verzoekster is van mening dat de zorgverzekeraar de helft van de kosten van de behandeling in München – in totaal € 30.937,48 – dient te vergoeden. De door de zorgverzekeraar als uitgangspunt voor het bepalen van de hoogte van de vergoeding gehanteerde DBC-code ziet op een geheel andere behandeling en voorts voor de behandeling die is ondergaan is geen DBC-code voorhanden.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat verzoekster vanaf het moment dat zij voor de afweging stond welke behandeling te ondergaan, wist dat zij van de zorgverzekeraar een vergoeding van € 3.950,00 zou ontvangen; de kosten die een reguliere behandeling voor een aandoening als die van verzoekster met zich brengt. Tevens zijn verzoekster alternatieven geboden.
- 5.2. De behandeling in München is naar het oordeel van de zorgverzekeraar onnodig kostbaar. Voorts heft verzoekster op grond van de zorgverzekering recht op vergoeding van maximaal 100% van het Nederlandse tarief voor een (soortgelijke) behandeling. Op basis van DBC-code 05.11.00.1350.0213 bedraagt het daarvoor geldende tarief € 4.288,60. Coulancehalve is de zorgverzekeraar bereid dit bedrag te verhogen tot € 5.301,60 in verband met de kosten van het korset. De kosten van de wc-brilverhoger vallen naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet onder de verzekerde prestaties.

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 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.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis met gecontracteerde zorg, zodat de verzekerde in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg tegen een gemaximeerd tarief. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 12.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
Dit artikel bepaalt wanneer aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden, en luidt, voor zover van belang:

“U heeft recht op vergoeding van kosten voor medisch-specialistische zorg. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.”

- 7.3. Voorts wordt in artikel 12.1 onder c, voor zover hier relevant, ten algemene bepaald:

“(…) De inhoud en omvang van de zorg en/of diensten wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Bij het ontbreken van een dergelijke maatstaf, wordt de inhoud en de omvang van de zorg en/of diensten bepaald door wat in het be-

trokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en/of diensten."

- 7.4. Ten aanzien van de vergoeding van medisch specialistische zorg is in artikel 12.5 het navolgende bepaald:

"Deze zorg kan in rekening worden gebracht door middel van het DBC-tarief als de zorg wordt verleend:

- door of vanwege een ziekenhuis;*
- in een ZBC*
- in de huispraktijk van een medisch-specialist*

Als een ziekenhuis of ZBC niet declareert door middel van het DBC-tarief heeft u recht op vergoeding van kosten voor:

- medisch specialistische zorg;*
- verpleging;*
- bijkomende kosten.*

Voorwaarde

Vergoeding vindt uitsluitend plaats na verwijzing door huisarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist.

Bijzonderheid

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan wordt uw vergoeding gemaximeerd. Meer informatie is te vinden op de website van de zorgverzekeraar. Heeft u geen toegang tot het internet dat kunt u contact opnemen met de klantenservice."

- 7.5. De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in diverse artikelen en deze luiden, voor zover in dit kader relevant:

"Artikel 8.4 Grondslag van de vergoeding

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten ten hoogste op basis van het door of namens de zorgverzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen vergoedt de zorgverzekeraar de kosten tot maximaal het op grond van de Wtg vastgestelde tarief. Als voor een zorgvorm geen Wtg-tarief geldt of als met de betreffende zorgverlener geen tarief is overeengekomen, vindt vergoeding plaats tot maximaal het voor Nederland geldende marktconforme bedrag. Voor zover van het bovenstaande wordt afgeweken, wordt dit vermeld in artikel 12 bij het specifieke vergoedingsonderdeel.

Artikel 12.1 onder B Vrije keuze zorgverlener

U bent bij de zorgverzekeraar vrij in de keuze van uw zorgverlener. Op grond van deze verzekering krijgt u in beginsel uw zorgkosten volledig vergoed, met dien verstande dat in bepaalde gevallen een gemaximeerde vergoeding kan gelden.

De zorgverzekeraar heeft contracten met zorgverleners gesloten om de kosten te beheersen en u te verzekeren van kwalitatief goede zorg.

Als u voor fysiotherapie, hulpmiddelen, (...) en zittend ziekenvervoer gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan wordt uw vergoeding gemaximeerd.(...)

Voor medisch-specialistische zorg spant de zorgverzekeraar zich in om met alle Nederlandse ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra een contract te sluiten.

Uitsluitend als extreem hoge tarieven in rekening worden gebracht en/of niet wordt voldaan aan de door de zorgverzekeraar gestelde kwaliteitseisen wordt geen contract

gesloten. Maakt u gebruik van deze niet-gecontracteerde zorgverleners, dan is de zorgverzekeraar genoodzaakt uw vergoeding te maximeren (zie artikelen 12.3 en 12.5)”

- 7.6. Vergoeding van kosten van zorg in het buitenland is geregeld in artikel 12.12. Voor zover hier van belang wordt bepaald:

“U heeft recht op vergoeding van zorgkosten van een zorgverlener of zorginstelling buiten Nederland zoals gesteld in artikel 8.4. De vergoeding van de medische kosten in het buitenland bedraagt ten hoogste 100% van de kosten, die volgens de dekking van deze zorgverzekering zou zijn verleend tot maximaal het op dat moment op basis van de Wtg vastgestelde (maximum)tarief. Als op basis van de Wtg geen vastgesteld (maximum)tarief is vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

De in de polis vermelde maximale vergoedingen, eigen bijdragen, eventueel eigen risico of no-claim zijn van toepassing (...).”

- 7.7. De regeling van de artikelen 8.4, 12.1, 12.5 en 12.12 is volgens artikel 1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.8. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. 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 inhoud en omvang geregeld in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 van het Bzv. In artikel 2.2 van het Bzv wordt bepaald dat kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn, in mindering worden gebracht op de vergoeding. Voorts blijkt uit de memorie van toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.9. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.10. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de onderhavige behandeling – te weten minimaal invasieve microscopische chirurgie voor het opheffen van een lumbale wervelkanaal stenose – 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 College voor zorgverzekeringen van 10 oktober 2006, zaaknummer 26073544, waaruit op basis van de Europese en de Amerikaanse richtlijnen inzake wervelkanaalstenose, het volgende blijkt:

“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 College voor zorgverzekeringen is dat er onvoldoende data zijn over de minimaal invasieve technieken bij wervelkanaalstenose. Er bestaan slechts twee beschrijvende studies, (in totaal 200 a 300 patiënten).”

Minimaal invasieve microscopische chirurgie voor het opheffen van een lumbale wervelkanaal stenose is daarmee geen geneeskundige zorg die medisch-specialisten plegen te bieden als bedoeld in artikel 12.5 van de zorgverzekering.

- 7.11. De beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering kan in casu in het midden blijven. Met het schriftelijk verlenen van toestemming achteraf door de zorgverzekeraar op 15 december 2006 voor de rugoperatie, tegen het in Nederland geldende tarief, is in dit geval het antwoord op de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg niet meer aan de orde.
- 7.12. Rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 05.11.00.1350.0213 ziet op een laminectomie, de klassieke behandelmethode voor een lumbale wervelkanaalstenose. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is. In de Nederlandse tarievensystematiek doet niet ter zake of de ingreep op één, op twee, dan wel op meer niveaus plaatsvindt. De commissie is, gelet op artikel 8.4 in samenhang met artikel 12.1 onder c van de zorgverzekering, van oordeel dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code alleszins redelijk is. Temeer nu uiteindelijk een hoger bedrag is uitgekeerd, dan het bedrag waarvoor in casu de klassieke behandelmethode in een gecontacteerd ziekenhuis had kunnen plaatsvinden. Het feit dat de kliniek waar verzoekster is behandeld, een behandelmethode heeft toegepast waarvoor in Nederland geen DBC-code bestaat doet aan het voorgaande niet af, nu deze vorm van zorg beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, niet te gelden heeft als zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden en deze daardoor niet als een verzekerde prestatie als bedoeld in artikel 12.5 van de lijst van de zorgverzekering kan worden beschouwd.
- 7.13. 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 oktober 2007,

Voorzitter