

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, minimaal invasieve microscopische chirurgie, opheffen lumbale wervelkanaalstenose en een endoscopische nucleotomie
Zaaknummer : ANO07.293
Zittingsdatum : 17 oktober 2007

Zaak: ANO07.293, geneeskundige zorg, buitenland, minimaal invasieve microscopische chirurgie, opheffen lumbale wervelkanaalstenose en een endoscopische nucleotomie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. A.C. van den Boogaard en mr. J.H.A. Teulings)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 en 13 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 het besluit van de zorgverzekeraar van 12 september 2006 inzake de hoogte van de vergoeding van de door haar ondergane rugoperatie, te weten minimaal invasieve microscopische chirurgie, bestaande uit het opheffen van een lumbale wervelkanaalstenose op de niveaus L2 tot en met L5, en een endoscopische nucleotomie voor het opheffen van een HNP op niveau L2-3 – uitgevoerd in de Alpha Klinik te München (Duitsland).

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 Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 12 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de rugoperatie die verzoekster in München (Duitsland) zal ondergaan, tegen het daarvoor geldende Nederlandse tarief – te weten € 6.266,38 – zal worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 15 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 9 mei 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is een hogere vergoeding te verlenen voor de door haar op 13 september 2006 ondergane behandeling zoals omschreven onder 2, of ten minste de kosten van een vergelijkbare operatie in Nederland en vijf ligdagen tweede klas in een Nederlands zieken-

huis.

- 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 17 juli 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 juli 2007 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 4 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Eveneens bij brief van 4 september 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 9 oktober 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 10 oktober 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 17 oktober 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.11. Bij brief van 18 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 23 oktober 2007 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 68-jarige vrouw die bekend is met status na een HNP-operatie. Hierbij is destijds een stukje bot tussen de wervels L4-5 geplaatst om ruimte te maken voor de discus. In de nazomer van 2005 is zij door de huisarts verwezen naar een orthopeed in verband met rug- en heupklachten, met de vraagstelling of eventueel sprake is van een stenose van het lumbale wervelkanaal. In juni 2006 is zij door de huisarts verwezen naar de reumatoloog in verband met toenemende pijn in diverse delen van het bewegingsapparaat, met name de benen en de rug, waarbij de klachten voor de huisarts niet goed te duiden waren.
- 4.2. Verzoekster heeft hierna op eigen initiatief contact gezocht met de Alpha Klinik in München (Duistland). Zij is naar het spreekuur van drs. dekker van de Alpha Klinik te Noordwijk gegaan, die een stenose van het lumbale wervelkanaal op de niveaus L2 tot en met L5 heeft gediagnosticeerd, en een hernia nucleï pulposi (HNP) op niveau L2-3. Verzoekster werd aangeraden een MIR ® minimaal invasieve reconstructie van het lumbale wervelkanaal op de niveaus L2 tot en met L5 te ondergaan alsmede een endoscopische nucleotomie op niveau L2-3.
De huisarts van verzoekster heeft bij brief van 24 augustus 2006 verklaard dat zij

door hem is verwezen naar de voormelde drs. Dekkers “vanwege ernstige klachten van lumbale wervelkolomstenose en HNP, waarbij er verder geen andere opties blijken te zijn”.

- 4.3. Bij brief van 25 augustus 2006 heeft verzoekster de zorgverzekeraar medegedeeld dat zij zich op 13 september 2006 in de Alpha Klinik zou laten opereren volgens bijgevoegde kostenraming op basis van de onder 4.2 beschreven behandeling. Verzoekster is op 13 september 2006 geopereerd.
- 4.4. Verzoekster kan zich niet vinden in de hoogte van de onder 3.2 vermelde vergoeding. Na alle lichamelijke problemen die zij heeft ondervonden en de weerslag daarvan op haar leven, heeft zij bewust gekozen voor de beste behandelaar op het gebied van rugproblematiek, ondanks het telefonische aanbod van de zorgverzekeraar op 8 september 2006 om voor een behandeling naar een andere kliniek in Duitsland of België te gaan. Door haar keuze heeft zij de zorgverzekeraar de (hogere) kosten van een heupoperatie en een soort pacemaker in de rug bespaard, een behandeling die haars inziens de klachten niet verholpen zou hebben.
- 4.5. Op basis van een uitspraak van het Europese Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen inzake de vergoeding van kosten in het buitenland heeft zij recht op een hogere vergoeding omdat de prijs van vijf ligdagen in een Nederlands ziekenhuis al € 7.000,00 bedraagt en alleen daarmee al het vergoedingsbedrag van € 6.266,38 overschrijdt. Voorts heeft zij de reis- en verblijfskosten niet gedeclareerd, hetgeen haar declaratie alleszins redelijk maakt. Door AMWZ Achmea, die tot hetzelfde concern als haar zorgverzekeraar behoort, is voor een soortgelijke operatie in hetzelfde ziekenhuis in München, een bedrag van € 10.200,00 vergoed. Verzoekster komt tot de conclusie dat zij recht heeft op een kostenvergoeding, gebaseerd op de vijf ligdagen die zij in de Alpha Klinik heeft doorgebracht, vermeerderd met de kosten van een vergelijkbare operatie in Nederland.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat hij, naar aanleiding van de brief van verzoekster van 25 augustus 2006, per omgaande heeft gepoogd verzoekster een alternatief te bieden voor de door haar gevraagde behandeling bij een door hem gecontracteerde zorgverlener. Verzoekster heeft over dit aanbod nagedacht en tijdens een telefoongesprek op 8 september 2006 medegedeeld af te zien van bemiddeling en gevraagd de zaak verder in behandeling te nemen.
- 5.2. Uit het advies van het College voor zorgverzekeringen van 10 oktober 2006 is gebleken dat een minimaal invasieve benadering van een lumbale wervelkanaalstenose niet valt onder de omvang van de verzekerde prestaties op basis van de Zorgverzekeringswet. De tevens verrichte HNP blijkt niet zelfstandig in rekening te zijn gebracht. Op grond hiervan had überhaupt geen vergoeding behoeven te worden toegekend.
Ten tijde van de aanvraag was dit standpunt niet bekend bij de afdeling die de aanvraag heeft behandeld. Op basis van de onderliggende stukken heeft de betreffende afdeling beoordeeld dat de gevraagde behandeling valt onder de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)-code 08.11.00 2505.0023. De DBC-code omvat het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis of kliniek en medisch-specialist,

voortvloeiende uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist consulteert. Derhalve is verzoekster met de toekenning van vorengenoemde DBC-code bevoor- deeld, nu gebleken is dat toepassing van de juiste DBC-code – 05.11.00.1350.0213 – een aanzienlijk lager bedrag zou opleveren.

- 5.3. Voor zover verzoekster, met de verwijzing naar de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie, doelt op het arrest Yvonne Watts, speelt dit in dit geschil geen rol aangezien het arrest ziet op onaanvaardbaar lange wachttijden voor een medische behandeling. Binnen een aanvaardbare termijn zou gecontracteerde medische zorg voor verzoekster beschikbaar zijn geweest.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie niet gehouden te zijn om meer te vergoe- den dan het reeds toegekende bedrag van € 6.266,38.

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 ver- zekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzeke- ringsplicht.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te ma- ken van gecontracteerde zorg.
Vergoeding voor medisch-specialistische zorg is geregeld in de afdeling aanspraken. In artikel 3 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"U heeft aanspraak op:

- medisch specialistische (...) zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmidde- len en verbandmiddelen;*

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

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak wanneer u bent doorverwezen door een huisarts (...) of andere medisch-specialist."

Artikel 1 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"(...)

Voor een aantal behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener, u recht heeft op 95% van het laagste voor de betreffende behandeling gecontracteerde tarief. Dat geldt voor de volgende behandelingen:

(...)

– Herniabehandelingen

(...)"

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van aanspraak op zorg wordt in artikel 2.4 bepaald:

"De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

Met betrekking tot de Diagnose Behandeling Combinatie is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald in artikel 1:

"Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting vastgestelde, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgaanvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling."

- 7.3. De regeling van de artikelen 2.4, 2.5, 3 en 25 is volgens de algemene bepalingen, artikel 2.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 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 2.1, tweede lid van het Bzv is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 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 minimaal invasieve microscopische chirurgie voor het opheffen van een lumbale 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 College voor zorgverzekeringen 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 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 à 300 patiënten.”

Minimaal invasieve microscopische chirurgie voor het opheffen van een lumbale wervelkanaalstenose is daarmee geen geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten plegen die te bieden, als bedoeld in artikel 3 van de zorgverzekering.

De lumbale endoscopische nucleotomie voldoet, voor zover op hetzelfde niveau niet eerder een operatie is uitgevoerd, wél aan de maatstaven die mede bepaald worden door de internationale stand van de wetenschap en praktijk, en is daarmee te beschouwen als geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, als bedoeld in artikel 3 van de zorgverzekering.

- 7.7. Het antwoord op de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering kan in dit geval onbeantwoord blijven. Met het schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar op 12 september 2006 voor de rugoperatie in de Alpha Klinik in München, tegen het in Nederland geldende tarief, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de onderhavige zorg in dit specifieke geval immers niet meer opportuun.
- 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 08.11.00 2505.0023 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 € 4.514,15, bestaande uit € 4.094,00 ziekenhuistarief en € 420,15 specialistenhonorarium) ten tijde van de operatie. Indien een zorgverzekeraar, om hem moverende redenen, van oordeel is dat ter zake van een behandeling die geen geneeskundige zorg is zoals medisch-specialisten plegen die te bieden, toch een passende DBC-code toekent, zoals in dit geval, dan zal de commissie in die beslissing niet ten nadele van verzoeker treden. Nu de endoscopische HNP niet als zelfstandige ingreep op de rekeningen terug is te vinden, zal dit onderdeel van de behandeling voor de vaststelling van de hoogte van de vergoeding buiten beschouwing worden gelaten.
- 7.9. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Dit is door de zorgverzekeraar verwoord in artikel 3

van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin wordt aangegeven welke elementen van de behandeling tevens onder de noemer 'medisch-specialistische zorg' gebracht worden. In de Nederlandse tariefsystematiek doet daarbij niet ter zake of een laminectomie op één, op twee, dan wel op meer niveaus plaatsvindt. Nu 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, nu 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 toch een aanvullende vergoeding op basis van het verrekenpercentage geboden dient te worden, zoals in dit geval waarbij dit percentage op 42,8% is gesteld, dan zal de commissie in die beslissing niet treden.

- 7.11. Verzoekster heeft onvoldoende feiten en omstandigheden gesteld die zouden kunnen leiden tot het oordeel dat haar onder 4.5 weergegeven stelling doel treft. Een concrete verwijzing naar arresten van het Europese Hof van Justitie is niet gedaan.

- 7.12. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar het gelijkheidsbeginsel heeft geschonden door ten aanzien van een andere verzekerde kosten voor een medische behandeling als door verzoekster aangevraagd gedeeltelijk te vergoeden, terwijl in haar situatie de aanvraag tot vergoeding van de behandeling deels heeft afgewezen. Dit heeft volgens verzoekster tot gevolg dat haar vordering dient te worden toegewezen.

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. Verzoeksters beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt derhalve.

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, 28 oktober 2007

Voorzitter