

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, Coflex®-implantaat, hoogte ver-
goeding
Zaaknummer : 2009.01578
Zittingsdatum : 18 november 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door E,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 17 april 2007, de kosten verbonden aan een operatie waarbij een Coflex®-implantaat werd aangebracht, uitgevoerd in Bocholt (Duitsland), slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 6.489,55, te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts waren ten behoeve van verzoeker bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar enkele aanvullende ziektekostenverzekeringen afgesloten.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar vergoeding gevraagd van de onder 2 vermelde behandeling, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 februari 2007 is de aanspraak slechts gedeeltelijk toegewezen. Bij brief van 14 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar naar aanleiding van een met verzoeker gevoerd telefoongesprek, verzoeker bericht dat de experimentele gedeelten niet worden vergoed, dat kleinere behandelingen onder dezelfde DBC-prestatiecode vallen, en dat de kanaalstenose tot een bedrag van € 4.470,10 wordt vergoed.
- 3.3. Op 20 maart 2009 heeft de volgende behandeling plaatsgevonden: “exploratie intras-pinaal en extraforaminaal (deels microscopisch deels endoscopisch) wortel L4 L5 links met laterale recessusplastiek L4-L5 en L5 S1 bds, facetdenervatie bds, laser ondersteunde foraminoplastiek L4/L5 links en stabilisatie L4-L5 (Coflex)” (hierna: de behandeling), op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt.
- 3.4. Bij brief van 17 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat vergoeding van de behandeling voor een groter deel wordt toegewezen, in die zin dat van de totale kosten ad € 14.514,-- een bedrag van € 6.489,55 wordt vergoed.
- 3.5. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven, waarna enige

correspondentie heeft plaatsgevonden. Daarbij heeft de zorgverzekeraar telkens medegedeeld bij zijn standpunt te blijven. De laatste brief van de zorgverzekeraar aan verzoeker dateert van 21 januari 2009.

- 3.6. Bij brief van 14 juli 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de behandeling alsnog volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 31 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 september 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 september 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 14 september 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 oktober 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29100742) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het plaatsen van een Coflex®-implantaat niet kan worden aangemerkt als zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 18 november 2009 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 19 november 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 24 november 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "wortelkompressie op het nivo L5-S1 met duidelijke senso-motorische uitvalsverschijnselen in het linkerbeen. (...) instabiele discopathie (...) op dit nivo gecompliceerd door een reactieve fixatie door verhoogde spierspanning in de rug musculatuur. Er bestaat een spaaalkanaal stenose met door slijtage van de wervelgewrichtjes tevens een foramenstenose bds op het nivo L4-L5". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op "een de-

compressie van de uittredende en doorgaande neurogene structuren naast een denervatie van de wervelgewrichtjes en een richting gevende stabilisatie van dit bewegingssegment dmv. een implantaat (...)”

- 4.2. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, het volgende. Een operatie zoals uitgevoerd door dr. Abbink te Bocholt kan in Nederland in de Maartenskliniek in Nijmegen worden uitgevoerd voor een bedrag van € 14.514,--. Deze operatie wordt door de zorgverzekeraar vergoed, maar hiervoor geldt een wachttijd van minimaal vier maanden. De operatie kon in Bocholt echter binnen drie weken worden ingepland. De langere wachttijd in Nederland was voor verzoeker onoverkomelijk, gezien het feit dat hij reeds lange tijd ziek thuis was.
- 4.3. Verzoeker stelt dat de nieuwe wetgeving de zorgverzekeraar verplicht onder bepaalde voorwaarden operaties in het buitenland te vergoeden. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moet voldaan zijn aan de voorwaarde dat de operatie in het buitenland vergelijkbaar is met een operatie in Nederland. Voorts moet de operatie in het buitenland aanzienlijk sneller kunnen worden uitgevoerd dan in Nederland. In dat geval dienen de kosten te worden vergoed conform de Nederlandse kostenstructuur. Hier dient de operatie in de Maartenskliniek als uitgangspunt te worden genomen, waaraan een DBC met code 05.11.00.1365.0223 is verbonden. Verzoeker verwijst in dit verband naar een arrest van het Europese Hof van Justitie (zaak C-157/99 d.d. 12 juli 2001). Verzoeker is van mening dat hij aan alle voorwaarden voldoet.
- 4.4. Voorts verwijst verzoeker naar een advies van de commissie van 26 maart 2008 (ANO08.063), waaruit is af te leiden dat code 05.11.00.1301.0213 gewijzigd mag worden in code 05.11.00.1301.0223. Verzoeker meent dat hij in een identieke situatie verkeert.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat de zaak van de commissie met nummer ANO08.063 identiek is aan zijn situatie, en dat om die reden zijn verzoek dient te worden toegewezen.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
 - 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, het volgende. Na ontvangst van een e-mail van verzoeker waarin werd verwezen naar het advies van de commissie met nummer ANO08.063, is het dossier nogmaals voorgelegd aan de medisch adviseur. Deze heeft geconstateerd dat de keuze voor de DBC met code 05.11.00.1365.0213 inderdaad niet correct is. Op basis van het operatieverslag van 20 maart 2007 had de zorgverzekeraar de aanvraag moeten afwijzen, omdat de behandeling die heeft plaatsgevonden experimenteel is. De zorgverzekeraar verwijst in dat kader naar andere adviezen van de commissie met nummers ANO08.192 en ANO08.027, en naar een advies van het CVZ van 14 september 2007 (RZA 2007, 160).
 - 5.2. Aan verzoeker is toegezegd dat een bedrag van € 6.489,55 wordt vergoed voor de behandeling. Dit bedrag is door de zorgverzekeraar op 23 april 2007 overgemaakt. Op deze beslissing komt de zorgverzekeraar niet terug. De zorgverzekeraar is echter niet bereid de DBC te wijzigen in een voor verzoeker gunstiger DBC.

- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar herhaald dat de vergoeding al hoger is dan die waarop recht bestaat. Deze vergoeding zal echter niet worden teruggevorderd.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekeringen van vóór 1 januari 2008.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling ten bedrage van € 14.514,-- alsnog volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 35 van de zorgverzekering. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek (...)”

Artikel 11 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde die in Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:

- *zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [de zorgverzekeraar] is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of instelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden (...)”*

In artikel 12.4 is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [de zorgverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2006, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de zorgverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders.

*Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2006, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de zorgverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders:
(...)”*

Medisch specialistische zorg (...) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis (...)

Artikel 2.3 bepaalt ten slotte:

“Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts als en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

- 7.3. De artikelen 15, 11, 12.4 en 2.3 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar 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 2.1 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg mede worden bepaald door de stand van 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. Artikel 13 Zvw bepaalt dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie constateert dat de zorgverzekeraar in eerste instantie voorbehouden heeft gemaakt met betrekking tot de vergoeding van de behandeling, naar aanleiding van de door verzoeker aangeleverde begroting. Nadat verzoeker de operatie op 20 maart 2009 had ondergaan, heeft hij de nota daarvan gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. In de reactie op de declaratie van de nota, gedateerd op 17 april 2007, is echter door de zorgverzekeraar geen voorbehoud gemaakt. De tekst luidt: “op basis van de gegevens die wij hebben gekregen, delen wij u mee dat de aangevraagde zorg in aanmerking komt voor vergoeding”. Voorts wordt een maximale vergoeding van € 6.489,55 genoemd. Nu de zorgverzekeraar is overgegaan tot gedeeltelijke vergoeding van de behandeling zoals die bij verzoeker is uitgevoerd, is de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoeker hiervoor een indicatie heeft kennelijk niet in geschil en behoeft deze geen behandeling meer.
- 7.7. Het geschil, zoals verwoord onder 7.1, spitst zich derhalve toe op de vraag of door de zorgverzekeraar in de gegeven omstandigheden de juiste vergoeding is toegekend. Tussen partijen staat niet langer ter discussie dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-prestatiecode 05.11.00.1365.0213 met als omschrijving “Reguliere zorg

// Failed back surgery syndroom / Operatief met klinische episode(n)” met een daaraan gekoppeld bedrag van € 6.489,55 onjuist is. Door verzoeker is als alternatief de DBC-prestatiecode 05.11.00.1365.0223 aangedragen. Deze code heeft als omschrijving “Reguliere zorg // Failed back surgery syndroom / Operatief met klinische episode(n) met gewrichtsprothese”. Deze code komt de commissie, gezien de uitgevoerde behandeling, niet onredelijk voor. Dit betreft een code uit het A-segment, waaraan tijde van de operatie op 20 maart 2007 een bedrag was gekoppeld van € 11.726,15. Artikel 12.4 van de zorgverzekering geeft de verzekerde, onder bepaalde voorwaarden, recht op vergoeding tot ten hoogste 100 percent van de gemiddelde tarieven 2006, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. De commissie is in dit kader gebleken dat dr. Abbink werkzaam is in een orthopedische kliniek, die is verbonden aan het Krankenhaus Maria-hilf te Krefeld (Duitsland). Dit betreft een erkend ziekenhuis, zodat verzoeker op basis van de voorwaarden recht heeft op 100 percent van het bedrag van € 12.218,62 (het gemiddelde gerekend over januari tot en met december 2006). Aan hem is reeds een bedrag voldaan van € 6.489,55, zodat een na te betalen bedrag van € 5.729,10 resteert.

Conclusie

- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen hiervoor onder 7.7 is overwogen.
- 7.9. Aangezien het verzoek deels dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.
- 8. Het bindend advies
 - 8.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van het voorgaande.
 - 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 2 december 2009,

Voorzitter