

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, 3-D microneurolyse bij een HNP op niveau L5-S 1
Zaaknummer : 2007.2433
Zittingsdatum : 27 februari 2008

Zaak: 2007.2433, geneeskundige zorg, buitenland, 3-D microneurolyse bij een HNP op niveau L5-S1

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A. I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 én 2.4 Bzv)

1 Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

De bestreden beslissing

2 Verzoeker komt op tegen een besluit van de zorgverzekeraar van 6 augustus 2007 de kosten verbonden aan een behandeling in Duitsland, te weten een 3-D microneurolyse bij een HNP op niveau L5-S1 niet volledig 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 Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw .

3.2. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "HNP niveau L5-S1". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem gewenste zorg bestaande uit "een 3-d microneurolyse op niveau L5-S1" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.

3.3. Op 26 juni 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 15 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven .

3.5. Bij brief van 13 november 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 9 januari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 januari 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 januari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 12 februari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 11 januari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 5 februari 2008 de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen, omdat de behandeling, indien nodig, had kunnen plaatsvinden bij een gecontracteerde zorgaanbieder en de ziekte waaraan verzoeker lijdt - de ziekte van Crohn - geen aanleiding vormt om de hernia operatie binnen een kortere wachttijd te laten plaatsvinden dan de Treeknormen voor deze ingreep aangeeft .. Een afschrift van het CVZ-advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in week 24 (11 tot en met 15 juni) telefonisch contact met de afdeling buitenland van de zorgverzekeraar heeft gehad, en dat hem in dat contact is medegedeeld dat hij maximaal € 1.400,00 aan de door hem ondergane ingreep zou moeten bijdragen.
- 4.2. Eveneens in week 24 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met de afdeling Zorgservice van de zorgverzekeraar om zich te informeren over de wachttijden. Hem is medegedeeld dat de wachttijden voor een MRI twee tot drie weken in beslag zou nemen en de wachttijden voor een herniaoperatie vijf tot acht weken beliepen. Deze termijnen waren voor verzoeker onacceptabel, hetgeen hij motiveert met verwijzing naar twee artikelen over een uitspraak van het Europese Hof van Justitie (HvJEG C-466/04, hierna: arrest Watts). Hij was op dat moment al zeven weken thuis. Daarbij heeft hij de ziekte van Crohn en kan hij niet alle pijnstillers verdragen, zodat hij op morfine, in combinatie met paracetamol aangewezen was.
- 4.3. Daarnaast is hij op 14 juni in de Sint Maartenskliniek gezien, waar eveneens geconstateerd werd dat hij een hernia had. Ook hier diende eerst een MRI te worden gemaakt, hetgeen pas op 5 juli 2007 kon plaatsvinden. De uitslag kon hij twee tot drie weken daarna verwachten. Twee tot drie maanden na de uitslag zou de operatie kunnen plaatsvinden.
- 4.4. 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, dat hij verzoeker heeft medegedeeld aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen bij een gecontracteerde zorgverlener. Indien een verzekerde kiest voor een behandeling bij een

niet-gecontracteerde zorgverlener, al dan niet in het buitenland, bedraagt de vergoeding op grond van het restitutiereglement 75 percent van het in Nederland geldende WTG tarief, vastgesteld naar het moment waarop de behandeling plaatsvindt.

- 5.2. Voor zover verzoeker een beroep doet op het arrest Watts stelt de zorgverzekeraar dat verzoeker uitsluitend op grond van de EG Verordening 1408/71 een volledige vergoeding wordt toegekend, indien de zorgverzekeraar vooraf expliciet heeft toegestemd de behandeling in een ander EU-lidstaat volledig te vergoeden. De zorgverzekeraar stelt aan verzoeker geen dergelijke toestemming te hebben verleend, omdat de behandelend arts in Nederland, die daartoe bij uitstek is aangewezen, geen aanleiding heeft gezien de wachttijd te bekorten en de onderhavige operatie binnen een redelijke termijn kon plaatsvinden bij een gecontracteerde zorgverlener (de zogenaamde Treeknormen). Er was derhalve geen sprake van onaanvaardbare wachttijden.
- 5.3. Voor de hoogte van de vergoeding hanteert de zorgverzekeraar de DBC-prestatiecode die door de behandelend neurochirurg van verzoeker is vastgesteld. Het betreft DBC-prestatiecode 08.11.00.2505.0023, waarvoor ten tijde van de ingreep een tarief van € 3.962,28 is vastgesteld. Dat het tarief voor een dergelijke operatie in november 2006 hoger was doet daar niet aan af. Conform het restitutiereglement heeft verzoeker recht op 75 percent van € 3.962,28. Hem is derhalve € 2.971,71 uitgekeerd.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoek(st)er 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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.
- Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat.

"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. (. . .)

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 de opname.

(. . .)

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als:

a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op intramurale zorg;

(. . .)

verwijzing:

voor de medisch specialistische zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, (. . .), medisch specialist (. . .)

zorg verlener:

de medisch specialistische zorg wordt verleend door een ziekenhuis, medisch specialist (. . .)

Bij zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de zorgverzekeraar vermeld staat. "

Artikel 11 Buitenland, bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

"lid 1

(. . .) In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorg vorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend."

Artikel 4 van het Restitutie Reglement behorende bij de Zorg-op-maatpolis, bepaalt voor zover hier van belang:

"4 Medisch-specialistische zorg

(. . .)

2. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een ziekenhuis waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, voor zover het extramurale zorg betreft, maximaal negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende A-tarief.

7.2. De regeling in de artikelen 11 en 20 van de zorgverzekering en artikel 4 van het Restitutie Reglement zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.3. 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. Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van

het Bzv. In artikel 2.2, lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, alsook die van de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid in dit geval niet langer in geschil zijn. Met het schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar op 6 augustus 2007 voor de 3-0 micro-neurolyse in Duitsland, tegen het in Nederland geldende tarief, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg en de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid niet meer aan de orde.
- 7.6. Het onderhavige geschil spitst zich aldus toe op de vraag naar de hoogte van de vergoeding.
- 7.7. Met betrekking tot het tarief voor de onderhavige operatie overweegt de commissie het volgende. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcode (DBC). De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar en verzoeker gehanteerde DBC-code 08.11.00.2505.0023 ziet op een reguliere zorg/HNP, chemonucleolysis en percutane nucleotomie of minimal invasief operatief met klinische periode(n). Dit betreft echter een DBC-prestatiecode uit het A-segment. De commissie is dan ook van oordeel dat de zorgverzekeraar, mede gelet op artikel 20 van de zorgverzekering en de zorg die verzoeker heeft ontvangen, de meest passende DBC-prestatiecode heeft gehanteerd. Het bij die code behorende tarief, te weten € 3.074,20 ten tijde van de aanvraag, zoals blijkt uit de NZa Tariefapplicatie, is een vaststaand gegeven.
- 7.8. Het onder 7.7 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet 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 een zorgverzekeraar echter om hem moverende reden een verrekenpercentage wenst uit te keren, zoals in

deze situatie het geval lijkt te zijn, zal de commissie in die beslissing niet ten nadele van verzoeker treden.

7.9. Met betrekking tot de vraag of sprake is van zorg geleverd door een ziekenhuis of door een extramurale specialist dan wel een ZBC (Zelfstandig behandelcentrum) stelt de commissie vast dat op de website van de MediaPark Klinik, waar de onderhavige behandeling heeft plaatsgevonden, wordt medegedeeld dat dit een privé kliniek betreft. De commissie concludeert dat de zorgverzekeraar de MediaPark Klinik terecht niet als ziekenhuis heeft gekwalificeerd, maar als ZBC. Conform artikel 4 lid 3 van het restitutiereglement van de zorgverzekeraar dient de zorgverzekeraar in dit geval 75 procent van het tarief van de DBC-prestatiecode uit te keren. Aangezien dit tarief door de zorgverzekeraar verhoogd lijkt te zijn met een verreken percentage, zal de commissie daar niet ten nadele van verzoeker van afwijken.

7.10. Met betrekking tot het door verzoeker aangehaalde arrest van het Europese Hof van Justitie (C372/04) merkt de commissie het volgende op. In de betreffende zaak ging het om het plaatsen van een heupprothese. Betrokkene moest in haar eigen land onaanvaardbaar lang op deze ingreep wachten, als gevolg van een overheidsmaatregel. Als haar geen alternatief geboden zou zijn om in eigen land, overeenkomstig een daartoe strekkende indicatie, sneller geholpen te kunnen worden, had zij zich voor rekening van haar ziektekostenverzekering tot een buitenlandse (Europese) zorgaanbieder mogen wenden.

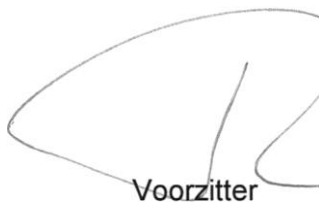
De vraag is echter of zich in het onderhavige geval een vergelijkbare situatie heeft voorgedaan. De commissie is gebleken dat de zorgverzekeraar in het kader van zijn zorgplicht bij een naturapolis aan verzoeker een alternatief heeft geboden voor een behandeling binnen de in de praktijk algemeen aanvaarde (maximum) wachttijd voor een herniaoperatie. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoeker sprake was van een op medische beoordeling (indicatie) berustende zorgbehoefte waaraan vanwege die wachttijd niet tijdig zou kunnen worden voldaan.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 februari 2008,



Voorzitter