

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F
Zaak : Verenigde Staten, geneeskundige zorg, microchirurgisch
debridement facetgewrichten, decompressie zenuwvoet met
verwijdering hernia op niveau L4/L5 en L5/S1, geldige verwijzing
Zaaknummer : 2012.00243
Zittingsdatum : 27 juni 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door G te H
tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Selectief Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Polis 3 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een tweetal operaties aan de rug, uitgevoerd te Hudson (Verenigde Staten) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 23 juni 2010, 12 oktober 2010, 8 april 2011, 9 juni 2011 en 19 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoeker heeft de kwestie voorgelegd aan de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 24 februari 2012 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 27 februari 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 mei 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 mei 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 mei 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 7 mei 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 juni 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012061449) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de eerste ingreep niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en voor de tweede ingreep een gerichte verwijzing ontbreekt. Voor de tweede ingreep zou, in geval van een geldige verwijzing, de DBC-code 05.11.00.1360.0213 kunnen worden gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 juni 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar in vervolg op de zitting gevraagd toe te lichten waarom deze van mening is dat de tweede ingreep een complicatie is van de eerste en zodoende niet afzonderlijk kan worden vergoed. Bij brief van 5 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan dit verzoek voldaan. Een afschrift van deze reactie is aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Bij brief van 9 juli 2012 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 20 juli 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Daarbij heeft het CVZ medegedeeld dat de tweede ingreep niet kan worden gezien als een complicatie van de eerste ingreep. Omdat echter een geldige verwijzing voor de tweede ingreep ontbreekt, handhaaft het CVZ zijn advies tot afwijzing van het verzoek.
Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brief van 30 juli 2012 heeft verzoeker op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 14 respectievelijk 16 december 2009 in de Verenigde Staten geopereerd aan zijn rug. Het betrof ingrepen die conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn. In eerste instantie werd dit door de ziektekostenverzekeraar niet onderschreven, doch na uitvoerige correspondentie is hij hierop teruggekomen.

- 4.2. Zijn huisarts heeft verzoeker verwezen naar een medisch specialist. Omdat de interventieradioloog in Nederland van mening was dat de laesie ongeschikt was voor een Percutane Laser Discus Decompressie (PLDD), kon verzoeker hier niet geopereerd worden. Hij is toen in overleg met de huisarts naar dr. Bonati in de Verenigde Staten gegaan. Verzoeker merkt in dit kader nog op dat de huisarts doorgaans verwijst naar een specialisme, en niet naar een specifieke specialist. Aangezien dit de dagelijkse gang van zaken is in Nederland, kan de ziektekostenverzekeraar zich niet met een beroep op het ontbreken van een geldige verwijzing onttrekken aan zijn zorgplicht.
- 4.3. De operatie die plaatsvond op 16 december 2009 houdt geen verband met de operatie die op 14 december 2009 werd uitgevoerd. Er is geen sprake van complicaties. De operatie van 16 december 2009 heeft betrekking op de "exploration" zoals deze enkele jaren eerder in de Alpha Klinik te München is uitgevoerd.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzuimd bij de berekening van het tarief de vooronderzoeken en de nabehandeling mee te nemen. Het betreft hier onder meer vooronderzoeken van bloed-, hart- en zenuwbanen, alsmede postoperatief onderzoek en fysiotherapie.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het ontbreken van een geldige verwijzing niet meer aan de orde is, omdat reeds een vergoeding is verleend voor de eerste ingreep. Overigens is de verwijzing van de huisarts aan te merken als een geldige verwijzing, aangezien dr. Bonati hierin is genoemd. De aanduiding "ten behoeve van eigen gebruik" brengt tot uitdrukking dat het de bedoeling was dat verzoeker deze verwijsbrief aan dr. Bonati zou overhandigen.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Bij verzoeker heeft op 14 december 2009 een debridement van de facetgewrichten en zenuwvernietiging plaatsgevonden. Via röntgenfoto's is vastgesteld dat er slijtage was aan de facetgewrichten op niveau L4/L5 en L5/S1. Daarom is besloten de gewrichtsvlakjes bij te werken en een behandeling uit te voeren waarbij zenuwbanen worden vernietigd. Dit is een gebruikelijke minimaal invasieve behandeling. Deze behandeling kan worden gedeclareerd met de DBC-code 08.11.00.2705.0023 met een bijbehorend tarief van € 5.800,50.
- 5.2. In eerste instantie heeft de ziektekostenverzekeraar genoemd bedrag niet aan verzoeker betaald, omdat geen sprake is van een geldige verwijzing. De huisarts heeft verzoeker niet gericht verwezen naar dr. Bonati in de Verenigde Staten, doch heeft verklaard dat verzoeker zichzelf heeft verwezen. Dat de huisarts achteraf heeft gesteld te willen meewerken aan de informatievoorziening, maakt niet dat er een gerichte verwijzing is geweest. Een doorverwijzing naar een Nederlandse arts houdt niet automatisch een gerichte verwijzing in naar iedere arts, waar ook ter wereld.
- 5.3. Tijdens de procedure bij de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 2 mei 2012 evenwel medegedeeld het bedrag van € 5.800,50 alsnog aan verzoeker te vergoeden.

- 5.4. Aan de hand van het verslag van de operatie op 16 december 2009 stelt de ziektekostenverzekeraar vast dat de lijst met pre- en postoperatieve diagnoses vele malen langer is dan de postoperatieve diagnose van 14 december 2009. De MRI toont een hernatie van een versleten tussenwervelschijf en postoperatieve veranderingen met littekenweefsel op niveau L5-S1. Daarom vond op 16 december 2009 een re-exploration plaats met een decompressie van de zenuwwortel, een gedeeltelijke facetectomie, een foraminectomie, een excisie van een gehernieerde tussenwervelschijf en een perineurectomie. Deze tweede ingreep kan worden beschouwd als een complicatie van de eerdere ingreep. In een dergelijk geval zou in Nederland geen tweede DBC worden geopend.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de tweede ingreep een complicatie vormde van de eerste ingreep, waarvoor reeds een vergoeding conform een DBC-code is verleend.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 15 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 41 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- ☐ verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;
 - ☐ medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
 - ☐ de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)*

Voorwaarden

- ☐ *U moet zijn doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist. (...)*

- 8.4. Artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

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

- ☐ *zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*
- ☐ *vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de [zorgverzekering] tot maximaal:*
 - ☐ *wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*
 - ☐ *het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
 - ☐ *wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. (...)"*

- 8.5. De artikelen 1 van de 'aanspraken' en 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereuleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar een vergoeding heeft verleend voor de eerste ingreep conform DBC-code 08.11.00.2705.0023 met als omschrijving: *"regulie-*

re zorg // wervelkolom: plaatsen of revisie electrostimulator of pompsysteem / Operatief met klinische episode(n)". Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende bedrag was in december 2009 € 5.800,50. Dit bedrag is aan verzoeker vergoed.

- 9.2. Het CVZ heeft in zijn adviezen medegedeeld dat de eerste ingreep niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Hiervoor is dan ook geen DBC-code beschikbaar, en derhalve is niet te beoordelen of de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code juist is.
Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, is de vergoeding ten onrechte verleend. De commissie zal hierin echter niet treden. Wel merkt zij op dat de ziektekostenverzekeraar niet op zijn beslissing kan terugkomen, omdat verzoeker erop moet kunnen vertrouwen dat een aan hem, in de loop van de procedure, verleende vergoeding juist is.
- 9.3. Vervolgens dient de vraag te worden beantwoord of aan verzoeker voor de tweede ingreep, die wel conform de stand van de wetenschap en praktijk is en waarvoor in beginsel een vergoeding mogelijk is conform DBC-code 05.11.00.1360.0213, een aanvullende vergoeding moet worden verleend.
Het CVZ heeft in zijn definitieve advies van 20 juli 2012 medegedeeld dat de tweede ingreep – anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt – niet kan worden gezien als een complicatie van de eerste ingreep. De commissie neemt deze conclusie van het CVZ over.
- 9.4. Omdat, gelet op het voorgaande, de tweede ingreep zelfstandig moet worden beschouwd, komt de vraag op of ten aanzien van deze ingreep sprake was van een geldige verwijzing. Gelet op artikel 14 Zvw en de Memorie van Toelichting bij dit artikel, is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd in de voorwaarden van de zorgverzekering het vereiste te stellen dat sprake dient te zijn van een geldige verwijzing.
Het ontbreken van een verwijzing is meer dan een formeel gebrek. Het verwijzingsvereiste is een middel waarmee de huisarts zijn functie als poortwachter kan waarmaken. Als een verwijzing ontbreekt, bestaat de mogelijkheid dat de huisarts vindt dat de patiënt in redelijkheid niet is aangewezen op de gevraagde specialistische behandeling. Tevens kan de huisarts op goede gronden een verwijzing naar een specifieke arts weigeren, als de huisarts die specifieke arts onvoldoende bekwaam acht, of twijfels heeft over de kwaliteit van de indicatiestelling of het wetenschappelijke gehalte van de specialist, bij wie zijn patiënt zich onder behandeling wenst te stellen.
- 9.5. Uit de verklaringen van de huisarts van 20 november 2009 en 1 september 2010 volgt niet dat sprake is van een gerichte verwijzing naar dr. Bonati. De huisarts heeft vermeld dat verzoeker zichzelf heeft verwezen naar deze arts, omdat hij geen goede behandelaar in Nederland kon vinden. Dat de huisarts heeft verklaard achter deze zelfverwijzing te staan, maakt niet dat hij gericht naar deze arts heeft verwezen. Daarom kan de brief van 20 november 2009 niet worden aangemerkt als een geldige verwijzing als bedoeld in artikel 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.
Door verzoeker is nog aangevoerd dat in de praktijk wordt verwezen naar een specialisme en niet naar een specifieke specialist. De commissie begrijpt dat verzoeker met deze stelling betoogt dat hij, op basis van de brief van 20 november 2009, de vrijheid had te kiezen voor behandeling door dr. Bonati. De commissie is van oordeel dat onder de gegeven omstandigheden een dergelijke vrijheid van keuze niet bestond. Verzoeker was reeds onder behandeling bij een Nederlandse medisch specialist. Indien

de betrokken arts aan het nut of de noodzaak van een interventie twijfelde, lag het op zijn weg verzoeker door te verwijzen naar een andere medisch specialist dan wel terug te verwijzen naar de huisarts. In overleg met de huisarts had dan een vervolgtraject kunnen worden bepaald. Het een noch het ander is gebeurd. In plaats hiervan heeft verzoeker zich op eigen initiatief tot dr. Bonati gewend.

- 9.6. Aangezien niet aan het verwijzingsvereiste is voldaan, heeft verzoeker geen aanspraak op een vergoeding voor de tweede ingreep, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.9. Aangezien de ziektekostenverzekeraar eerst tijdens de onderhavige procedure is overgegaan tot vergoeding van het bedrag van € 5.800,50, acht de commissie termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

Zeist, 15 augustus 2012,

Voorzitter