

Bindend advies

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, cervicale microforaminectomie op twee niveaus
Zaaknummer : 2007.1018
Zittingsdatum : 9 januari 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2007.1018 (Geneeskundige zorg, buitenland, cervicale microforaminectomie op twee niveaus)

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

(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 verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2 De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 9 oktober 2006 inzake de hoogte van de vergoeding van de door hem op 12 oktober 2006 te ondergaane behandeling in de Alpha Klinik in München (Duitsland), te weten een cervicale microforaminotomie op twee niveaus.

Ontstaan en verloop van het geding

3

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker 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 9 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat vergoeding voor de door hem gewenste behandeling in de Alpha Klinik in München (Duitsland), een cervicale microforaminotomie op twee niveaus, € 4.516,10 bedraagt.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 28 augustus 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is minimaal € 9.400,00 te vergoeden voor de onderhavige behandeling.
- 3.5. 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.



- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 23 september 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 oktober 2007 aan verzoeker gezonden .
- 3.7. Bij brief van 13 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (verder: CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Het CVZ heeft op 11 december 2007 de commissie geadviseerd het verzoek - voor zover dat betrekking heeft op de zorgverzekering - af te wijzen op de grond dat de behandeling niet kan worden aangemerkt als conform de stand van de wetenschap en de praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 12 december 2007 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 januari 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 14 januari 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het CVZ de commissie op 17 januari 2008 meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker, een 60-jarige man, is in Nederland gedurende achten half jaar behandeld voor zijn nekklasten. Hem is daarna door zijn medisch-specialist medegedeeld dat hij niet verder behandeld kan worden. Met instemming van vorengenoemde arts en zijn huisarts is verzoeker naar de Alpha Klinik in München (Duitsland) gegaan. Nadat daar bij hem een foramenstenose van het wervelkanaal op de niveaus C5-6 en C6-7 was vastgesteld, is hij op 12 oktober 2006 geopereerd. Er heeft een cervicale microforaminotomie plaatsgevonden op de niveaus C5-7.
In januari 2007 is verzoeker opnieuw naar de Alpha Klinik gegaan omdat hij nog steeds nekklasten had. Er is toen een MRI van de nek gemaakt en op grond daarvan is hij doorverwezen naar een osteopaat.
- 4.2. Verzoeker kan zich niet vinden in de hoogte van de toegezegde vergoeding en stelt daartoe het volgende:
De zorgverzekeraar heeft de vergoeding mogelijk op de verkeerde DBC-code vastgesteld. De extra ligdagen, het korset en overige hulpmiddelen behoren apart te worden vergoed, aangezien de gehanteerde DBC-code uitsluitend ziet op de ziekenhuiskosten. De nabehandeling dient zelfstandig te worden vergoed. In Nederland kon hij niet verder worden geholpen.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat hem minimaal een bedrag van € 9.400,00 dient te worden vergoed, het bedrag dat een medepatiënt van een andere verzekeringsmaatschappij ook vergoed heeft gekregen .

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van oordeel dat het door hem uiteindelijk vergoede DBC-tarief van € 5.047,05, behorende bij DBC-code 08.11.00.2535.0023 die staat voor een cervicale foraminotomie (dorsaal), eventuele discotomie/operatief met klinische perio-

den, aansluit bij de door verzoeker ondergane behandeling. De nabehandeling van een zorgvraag behoort aan de DBC-code van die betreffende zorgvraag te worden toegerekend .

- 5.2. Tijdens de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar betoogd dat - anders dan de conclusie waartoe het CVZ in zijn advies van 11 december 2007 komt - sprake is van een behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat hij niet meer hoeft te vergoeden dan € 5.047,05.

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 geregeld 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 12 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 12 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Lid 1

Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts (. .) of medisch-specialist. (. .) De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medischspecialisten 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 paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname."



Artikel 27 lid 1 van de zorgverzekering regelt ten aanzien van verzekeringsaanspraken in het buitenland het volgende:

"De verzekerde die woont in Nederland, heeft ook aanspraak op zorg door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt de vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 6 lid 4 van deze polis als zou die zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend."

Artikel 6 lid van de zorgverzekering regelt, voor zover hier van belang, het navolgende:

"Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland worden de kosten daarvan vergoed tegen het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde (maximum-)tarief"

- 7.3. De artikelen 6, 12 en 27 zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. 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 9 oktober 2006 voor de nekoperatie in de Alpha Klinik in München, tegen het in Nederland geldende tarief, is de beoordeling van de gebruikelijkheid, de indicatie en de doelmatigheid van de onderhavige zorg in dit specifieke geval immers niet meer relevant.
- 7.7. 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 2535.0023 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 € 5.047,05, bestaande uit € 4.457,00 ziekenhuistarief en € 590,05 specialisten honorarium) ten tijde van de ope-

ratie.

- 7.8. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. In de Nederlandse tariefsystematiek doet daarbij niet ter zake of een laminectomie op één, op twee, dan wel op meer niveaus plaatsvindt. Aangezien 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.
- 7.9. Het onder 7.8 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en worden geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, aangezien 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 verreken-tarief geboden dient te worden, dan zal de commissie in die beslissing niet treden.
- 7.10. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat een andere verzekerde van een andere verzekeringsmaatschappij de kosten voor een medische behandeling als door verzoeker aangevraagd voor € 9.400,00 heeft vergoed gekregen, oordeelt de commissie als volgt. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn wat betreft de zorgverzekering gebonden aan dezelfde wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering daarvoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke reden ook - wel doen. Slechts indien een zorgverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan een verzekerde van die zorgverzekeraar op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoeker zich slechts beroept op het beleid van andere zorgverzekeraar, kan hem dat niet baten.
- 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, 12 februari 2008,



Voorzitter