

h

t

t

t

t

A

t

t.

JJ

Bindend advies

t

t

t

t

•

~

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F
Zaak	: Geneeskundige zorg, buitenland, microscopische decompressie lumbale wervelkanaal op twee niveaus
Zaaknummer	: 2007.0891
Zittingsdatum	: 9 januari 2008

t

t

J
J

.t

t

t

t

t

t

Postadres Postbus 291,3700 AG Zeist Bezoekadres Sparrenheuvel16, 3708 JE Zeist T (030) 698 83 60 F (030) 698 83 99 E info@skgz.nl www.skgz.nl KvK 30213012

BINDEND ADVIES

Zaak: 2007.0891, geneeskundige zorg, buitenland, microscopische decompressie lumbale wervelkanaal op twee niveaus

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A. I.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, in deze vertegenwoordigd door C te D,
tegen
E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 11 april 2006 inzake de hoogte van de vergoeding voor de door hem te ondergane behandeling - een microscopische decompressie van het wervelkanaal op niveau L4-5 - in de Alpha Klinik in München (Duitsland).

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 ZorgActief Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 11 april 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker meegedeeld dat behandelingen in het buitenland, die als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering zijn te beschouwen, vergoed worden tot maximaal het in Nederland geldende tarief.
- 3.3. Verzoeker heeft, met het oog op de hoge kosten, aan de zorgverzekeraar om hero-verweging gevraagd. Bij brieven van 4 mei 2006 en 13 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 13 juli 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de door hem ondergane behandeling in de Alpha Klinik volledig te vergoeden .
- 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 28 augustus 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 augustus 2007 aan verzoeker gezonden .
- 3.7. Bij brief van 1 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Het CVZ heeft bij brief van 27 november 2007 de commissie geadviseerd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het aan verzoeker toegekende bedrag van € 6.091,70 niet terug te vorderen en voorts te bepalen dat de kosten van het korset niet voor vergoeding in aanmerking komt omdat de behandeling niet onder de verzekerde prestaties valt. Een afschrift van het advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 januari 2008 gehoord, waarbij de zorgverzekeraar telefonisch aan de hoorzitting heeft deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.10. Bij brief van 14 januari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen 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 39-jarige man, is al jaren bekend met lage rugklachten. In 2001 heeft hij een herniaoperatie ondergaan en in 2003 is een recidief ontstaan. Hem is destijds medegedeeld dat de enige mogelijke behandeling bestaat uit fixatie van de onderrug. Sindsdien wordt hij conservatief behandeld. Vanaf medio 2005 zijn de klachten toegenomen.
- 4.2. Verzoeker heeft zich in april 2006 voor een second opinion tot de Alpha Klinik te München gewend. Hier is bij hem de volgende diagnose gesteld: "ankylose L5-S1, osteochondrose L4-5, Facetartrose L3-4, relatieve spinale stenose L3-4, spinale stenose bij uitgesproken facetartrose L4-5, mediale prolaps L4-5, maximale discusversmalling L5-S1, in mindere mate op L4-5." Verzoeker dient hiervoor een microscopische decompressie van het wervelkanaal op twee niveaus te ondergaan. Uitblijven van deze operatie zou leiden tot zenuwbaanlaesie en verlamming. Hiermee staat volgens verzoeker de spoedeisendheid van de behandeling vast. Voorts stelt hij dat deze behandeling niet in Nederland kan worden uitgevoerd.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de nota van de onderhavige behandeling in München volledig dient te vergoeden .
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar heeft naar aanleiding van de aanvraag op 4 april 2007, bij brief van 11 april 2007 aan verzoeker medegedeeld dat blijkens de voorwaarden van de zorgverzekering behandelingen in buitenland worden vergoed tot maximaal het in Nederland geldende tarief, voor zover de betreffende behandeling is te beschouwen

als zorg die op basis van de zorgverzekering wordt vergoed. Tevens is verzoeker bemiddeling aangeboden naar één van de Nederlandse academische centra of naar een in België of Duitsland gecontracteerde zorgverlener.

- 5.2. De zorgverzekeraar stelt dat de noodzaak tot medisch ingrijpen niet wordt betwist. Wel staan de doelmatigheid en de spoedeisendheid ter discussie. Ten aanzien van de doelmatigheid stelt de zorgverzekeraar dat verzoeker zelf, in zijn brief van 4 april 2006 heeft aangegeven dat eveneens de mogelijkheid bestaat om de rug te fixeren. Zowel deze behandeling als een klassieke laminectomie voor het opheffen van een wervelkanaalstenose zijn ingrepen die in Nederland kunnen worden uitgevoerd. Van de mogelijkheid tot zorgbemiddeling heeft verzoeker geen gebruik willen maken.
- 5.3. Met betrekking tot de spoedeisendheid van de onderhavige behandeling stelt de zorgverzekeraar dat hiervan pas kan worden gesproken bij een acute noodsituatie die levensbedreigend is en waarbij onmiddellijk ingrijpen is vereist. Hiervan is in de situatie van verzoeker geen sprake.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de door hem toegezegde bedragen van € 402,37 voor een second opinion en € 6.091,70 voor de decompressie van het lumbale wervelkanaal op basis van DBC-code 05.11.00.1350.0213 correct zijn vastgesteld en dat geen aanvullende vergoeding behoeft te worden toegekend.

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 de afdeling aanspraken. In artikel 3 van de 'Aanspraken' 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, hulpmiddelen en verbandmiddelen;
De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde

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

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van aanspraak op zorg wordt in artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering 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 geregeld in artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering:

"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. "

Het geldend maken van zorgaanspraken is geregeld in artikel 12 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Lid 2 van het vorengenoemde artikel bepaalt, voor zover hier relevant:

*"Als u zorg wenst van een persoon of instelling met welwaarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd hebt u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. (. .) Als er geen lagere vergoeding geldt of eigen bijdrage verschuldigd is heeft u aanspraak op vergoeding van kosten tot maximaal:
- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief;
(. . .)"*

Artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt in de leden 1.1, 1.4 en 2.1, voor zover hier relevant, ten aanzien van het buitenland het volgende;

*"1.1. De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
(. . .)
- vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van de zorgverzekering tot maximaal:
- (. . .)
- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief,"
(. . .)*

1.4. Indien de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woon land, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 18.1 aangegeven vergoeding.

(. . .)

2.1. Voor spoedeisende zorg aan de verzekerde, die in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan het woon land, heeft deze naar keuze aanspraak op:

(. . .)

- vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorg verlener of zorginstelling conform de aanspraken van de zorgverzekering tot maximaal:

- (. . .)

- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief,

(. . .)"

- 7.3. De regeling van artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering en de artikelen 1, 2.4, 12 en 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de algemene voorwaarden 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. De commissie concludeert op basis van de in het dossier aanwezige stukken dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in dit geval onbeantwoord kan blijven. Met het verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar op 11 april 2006 voor een second opinion en het opheffen van de lumbale wervelkanaalstenose in Duitsland 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 door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 05.11.00.1350.0213 ziet op een laminectomie, de klassieke behandelmethode voor een lumbale wervelkanaalstenose. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is. In de Nederlandse tariefensystematiek doet niet ter zake of een operatie ter behandeling van een wervelkanaalstenose op één, op twee, dan wel op meer niveaus plaatsvindt. De commissie is dan ook van oordeel dat, mede gelet op de artikelen 12 en 18 van de zorgverzekering, door de zorgverzekeraar de onder de gegeven omstandigheden meest passende DBC-code en het juiste, daarbij behorende tarief zijn toegepast. Dat de kliniek waar

verzoeker is behandeld de uitgevoerde operaties op de verschillende niveaus apart in rekening brengt, doet daar niet aan af.

7.8. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. 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 hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-tariefcode is geëigend.

7.9. Het onder 7.7 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, 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 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, zoals in dit geval, dan zal de commissie in die beslissing niet treden.

7.10. De vraag of in dit geval sprake was van een spoedeisende situatie is voor het bepalen van de hoogte van de onderhavige vergoeding niet relevant.

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, 5 februari 2008,

Voorzitter