

Anoniem BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, spondylodese door middel van een cage met bekkenkambot, foraminotomie, nucleotomie en facetdenervatie op niveau C5-6
Zaaknummer : 2007.2077
Zittingsdatum : 27 februari 2008

Zaak: 2007.2077, geneeskundige zorg, buitenland, spondylodese door middel van een cage met bekkenkambot, foraminotomie, nucleotomie en facetdenervatie op niveau C5-6

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 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 23 juli de kosten verbonden aan de door haar ondergane nekoperatie door dr. E.P. Abbink in Stadtlohn (Duitsland) slechts gedeeltelijk – te weten € 7.924,25 – te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 23 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de door haar op 27 juli 2007 ondergane nekoperatie - te weten een spondylodese door middel van een cage met bekkenkambot, foraminotomie, nucleotomie en facetdenervatie op niveau C5-6 - wordt vergoed tot een bedrag van € 7.924,25.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 25 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 25 september 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de volledige rekening van de onderhavige behandeling te vergoeden, een bedrag van € 11.250,00.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 10 januari 2008 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 januari 2008 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Bij brief van 10 januari 2008 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. Bij brief van 10 januari 2008 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het CVZ heeft op 29 januari 2008 de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen, omdat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding, ook niet als de voor een cervicale hernia passender DBC-code, die afwijkt van de gehanteerde code, zou zijn gehanteerd, omdat dit geen verschil maakt voor de hoogte van de vergoeding. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 27 februari 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ
- 3.11. Bij brief van 3 maart 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het CVZ de commissie op 10 maart 2008 medegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster, een 53-jarige vrouw, is bekend met progressieve klachten van de nek met uitstraling naar beide armen en handen, en wisselend sterk voorkomende motorische uitvalsverschijnselen. Zij is hiervoor in het verleden reeds vier keer geopereerd geweest. Er is sprake van instabiliteit op de niveaus C5-6 en C6-7 met een kyfose. Ook heeft zij een hernia, een foramenstenose en een relatieve wervelkanaalstenose op beide niveaus. Op 27 juli 2007 heeft in Stadthohn een cervicale spondylodese met behulp van een cage en bekkenkambot plaatsgevonden, een nucleotomie, een foraminotomie en een facetdenervatie op het niveau C5-6.
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij snel geopereerd moest worden en dat dit de enige optie was. Vanuit de zorgverzekeraar is haar geen alternatief geboden.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de volledige kosten van de behandeling moet vergoeden, een bedrag van € 11.250,00.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van oordeel dat verzoekster recht heeft op vergoeding conform het in Nederland geldende tarief. Op grond van DBC-prestatiecode 05.11.00.1250.0213, welke staat voor reguliere zorg/cervicale instabiliteit/operatief met klinische episode(n), komt dit neer op een bedrag van € 5.741,00 (ziekenhuis-kosten) + € 748,55 (specialistenhonorarium), vermeerderd met 25% verrekenpercentage, maakt € 7.924,25.
- 5.2. Uit het MRI-verslag blijkt dat de uitstulpende discus de zenuwen - i.e. het ruggenmerg - niet raakt. Hieruit blijkt dat geen sprake kan zijn van neurologische uitval. Dienten-

gevolge wordt niet voldaan aan het criterium op grond waarvan gesproken kan worden van een hernia die met spoed behandeld dient te worden. Noch haar behandelend arts in het Waterlandziekenhuis, noch haar huisarts spreken van spoed. Ook in de brief van dr. Abbink van 13 juli 2007 wordt niet gesteld dat sprake is van spoed. Op grond van deze gegevens komt tot zorgverzekeraar tot de conclusie dat geen sprake kan zijn geweest van spoedeisende zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Bovendien heeft verzoekster niet gevraagd om een alternatief voor een spoedeisende behandeling, maar om de vergoeding van een operatie die acht dagen na de eerste aanvraag zou worden uitgevoerd.

- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat niet meer behoeft te worden vergoed dan de reeds uitgekeerde € 7.924,25.

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 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 geneeskundige zorg is geregeld in artikel 8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 8.4 lid 1 bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. Hierin staat, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:

“Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (...) medisch specialisten (...) plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek (...)”

In het kader onder artikel 8.4 staat, voor zover hier relevant, het volgende:

Voor de bovenstaande verzekerde prestatie: zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, (...) Dient de verzekerde zich te wenden tot: medisch-specialist (...) op voorwaarden van: verwijzing door huisarts, medisch specialist (... Vindplaats welke aanbieder is gecontracteerd: Website. Op verzoek wordt de lijst met gecontracteerde aanbieders toegezonden)”

- 7.3. Voorts wordt in artikel 8.2 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

“De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat wordt 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 en diensten.”

- 7.4. De mogelijkheid van vergoeding van de kosten in geval de zorg of dienst wordt betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geregeld in artikel 11 onder b van de zorgverzekering. Deze bepaling luidt, voor zover in dit kader relevant, als volgt:

“Voor zover verzekerde die zorg of een andere dienst betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heeft hij recht op vergoeding van de kosten van deze zorg of andere dienst overeenkomstig hetgeen hieronder bij ‘Vergoeding bij niet gecontracteerde zorgaanbieder’ is bepaald.

(...)

e. Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet gecontracteerde aanbieder overeenkomstig het WMG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Zorgverzekeraar betreft in zijn vaststelling de gebruikelijke kosten zoals de betrokken aanbieder die in rekening brengt, de gangbare kosten die soortgelijke aanbieders in rekening brengen, en de redelijkheid gegeven de omstandigheden;”

- 7.5. De regeling van de artikelen 8.2, 8.4 en 11 is volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.6. 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.
- 7.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering en die naar de indicatie in dit geval niet langer in geschil zijn. Met het schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar op 23 juli 2007 voor de spondylodese met behulp van een cage en bekkenkambot, tegen het in Nederland geldende tarief, ter behandeling van een hernia, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg en de vraag naar de indicatie immers niet meer opportuun.

- 7.9. Rest enkel nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcode (DBC). Deze DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg. De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 05.11.00.1250.0213 ziet op een reguliere zorg/cervicale instabiliteit/ operatief met klinische perioden. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 6.489,55 ten tijde van de aanvraag. In de Nederlandse tarievenssystematiek doet verder slechts ter zake of een bij spondylodese nog een tweede behandeling tijdens dezelfde operatie plaatsvindt, indien deze tweede behandeling meer dan 40 procent van de eerste behandeling omvat. Hiervan is in de onderhavige situatie geen sprake. Gelijk het CVZ stelt in zijn advies van 29 januari 2008 is de commissie van oordeel dat toepassing van de diagnosecode 1220, die ziet op een HNP van de cervicale wervelkolom, beter past bij de gestelde diagnose. Dit leidt echter niet tot een hogere vergoeding.
- 7.10. In het kader van de beoordeling van de aanvraag is door de zorgverzekeraar verzocht om een offerte van de voorgenomen behandeling. Op basis van de offerte van 13 juli 2007 van de orthopedisch chirurg in Stadtlohn, waarin is vermeld dat gebruik zou worden gemaakt van intercorporele cages, heeft de zorgverzekeraar op 23 juli 2007 besloten toestemming te verlenen. Aangezien deze toestemming zonder voorbehoud voor het gebruik van intercorporele cages is gegeven, noch onder vermelding van de DBC-code die zal worden toegepast, wordt de toestemming geacht te zijn verleend voor een herniaoperatie met gewrichtsprothesen. Uit de heroverweging blijkt dat voor de vaststelling van de vergoeding voor de herniaoperatie gebruik is gemaakt van behandelas 0213. Uit de Instructie DBC-registratie Orthopedie, zoals door de Nederlandse Zorgautoriteit gepubliceerd, blijkt dat bij plaatsing van een gewrichtsprothese tijdens een behandeling, het laatste deel van de DBC-code (213), vervangen mag worden door de behandelas 223. Op het moment van de behandeling kunnen de onder andere de volgende prothesen/implantaten (in combinatie met de bijbehorende operatie) met behandelas 223 worden geregistreerd:
- osteosynthesemateriaal wervelkolom;
 - rugimplantaten met osteosynthesemateriaal.
- Uit een eerder door het CVZ aan de commissie uitgebracht advies blijkt dat door de beroepsgroep is afgesproken dat bij plaatsing van een intercorporele cage behandelas 223 wordt gebruikt.
- 7.11. De commissie is dan ook, deels in afwijking van het CVZ advies, van oordeel dat gelet op artikel 11 van de zorgverzekering door de zorgverzekeraar niet de onder de gegeven omstandigheden meest passende DBC-code is toegepast. De zorgverzekeraar dient voor de vergoeding van de door verzoekster ondergane behandeling uit te gaan van 100% van het tarief van DBC-code 05.11.00.1220.0223, welke staat voor reguliere zorg/cervicale instabiliteit/operatief met klinische episode(n) met gewrichtsprothese. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is – te weten € 9.055,35, samengesteld uit € 8.131,00 ziekenhuiskosten en € 924,35 specialistenhonorarium, ten tijde van de operatie, zoals blijkt uit de NZa tariefapplicatie.

- 7.12. 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.
- 7.13. Indien echter een zorgverzekeraar, om hem moverende redenen, van oordeel is dat ter zake van een uit het buitenland afkomstige declaratie tóch een aanvullende vergoeding op basis van het verrekentarief geboden dient te worden, zoals in dit geval expliciet is gebeurd en waarbij dit percentage op 25 procent is gesteld, ontkomt de commissie er niet aan dit verrekenpercentage op het tarief van de juiste DBC-prestatiecode toe te passen.
- 7.14. Op grond van bovenstaande komt de commissie tot het oordeel dat de zorgverzekeraar de gemaakte kosten van de door verzoekster ondergane behandeling dient te vergoeden tot een maximum van 100 percent van € 9.055,35, vermeerderd met 25 procent verrekenpercentage, hetgeen leidt tot een bedrag van € 11.319,19.
Nu de rekening € 11.250,00 bedraagt, en daarnaast gedeclareerde rekeningen in het Nederlandse systeem geacht worden deel uit te maken van de DBC-prestatiecode, komt de commissie tot de conclusie dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 11.250,00, verminderd met het reeds uitgekeerde bedrag van € 7.924,25, hetgeen leidt tot een nabetaling van € 3.325,75.
- 7.15. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek met inachtneming van het onder 7.14 bepaalde, dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe met dien verstande dat de zorgverzekeraar het bedrag van € 3.325,75 dient te vergoeden bovenop het reeds uitgekeerde bedrag van € 7.924,25. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan eiser dient te vergoeden een bedrag van € 37,00.

Zeist, 12 maart 2008,

Voorzitter