

&

t

ST 1 C HTI N G KLACHTEN EN GESCHI LLEN ZORGVERZEKERINGEN

t

t

t

J

t

t.

J.

t

t

t

t

o

tt

t

t

t

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, operatief opheffen carpaal tunnel- syndroom rechterpols en een cervicale spondylodese door middel van een cage op niveau C4-7
Zaaknummer	: 2007.2569
Zittingsdatum	: 11 juni 2008

J.

.f

t

t

t

t

Zaak: 2007.2569, geneeskundige zorg, buitenland, operatief opheffen carpaal tunnelsyndroom rechterpols en een cervicale spondylodese door middel van een cage op niveau C4-7

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr T. Hartlief (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, 22 EG-Verordening 1408/71, artikel 34 EG-Verordening 574/72)

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 de beslissing van de zorgverzekeraar van 10 juli 2007 het door hem ondergane operatieve opheffen van het carpaal tunnelsyndroom aan beide polsen gedeeltelijk te vergoeden (1) en tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 28 december 2007 de door hem gewenste rugoperatie niet te vergoeden (2).

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 Zorgverzekering (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 medisch-specialist heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "carpaal tunnelsyndroom beide polsen" en "stenose van het wervelkanaal op de niveaus C4-7". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnoses bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "het operatief opheffen van het carpaal tunnelsyndroom aan de rechterpols" (hierna: de polsoperatie) en "een spondylodese op de niveaus C4-5 en C6-7 met behulp van een MOSS cage" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak met betrekking tot de polsoperatie is toegewezen tot een bedrag van € 948,35. Bij brief van 11 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar de vergoeding voor de nekoperatie vastgesteld op € 4.698,70.

3.3. Op 12 juli 2007 heeft de polsoperatie, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. Op 15 oktober 2007 heeft de nekoperatie, op de vergoedingen waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 6 en 8 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 27 november 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen.
- 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 brieven van 13 februari, 11 en 26 maart 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 28 maart 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 mei 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 2 juni 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 28 maart 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 19 mei 2008 heeft het CVZ, bij wege van voorlopig advies, de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker in te willigen voor zover het de hoogte van de vergoeding van het operatief opheffen van het carpaal tunnelsyndroom aan de rechterpols betreft omdat de toegepaste DBC-prestatiecode niet de meest juiste is en af te wijzen voor zover het gaat om de hoogte van de vergoeding voor de spondylodese op de niveaus C4-5 en C6-7 met behulp van een MOSS® cage omdat daarvoor wel de juiste DBC-prestatiecode is toegepast. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 11 juni 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 13 juni 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in zijn situatie sprake was van een afwijkende dan wel complexe medische situatie, op grond waarvan de operatie aan de rechterpols door een neurochirurg, onder algehele anesthesie, moest worden uitgevoerd. Van de kant van de zorgverzekeraar is geen moeite genomen de behandelend artsen van verzoeker om nadere informatie te vragen.
- 4.2. Voor zover het verzoek ziet op de nekoperatie, stelt verzoeker dat de zorgverzekeraar onvoldoende moeite heeft gedaan te achterhalen welke ingreep zou plaatsvinden. Er was sprake van een cervicale stenose met myelopathie en aanwezigheid van

osteofyten. Hiervoor is de enige, volgens de huidige stand van de wetenschap mogelijke operatie uitgevoerd.

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij voor het operatief opheffen van het carpaal tunnelsyndroom, klinisch is behandeld .

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 voor de onderhavige operatie op grond van DBC-prestatiecode 05.11.00.1630.0212 een bedrag van € 948,35 wordt vergoed, zoals op de machtiging van 10 juli 2007 is vermeld. Uit de verklaring van de behandelend medisch-specialist van verzoeker is niet van enige bijzondere omstandigheid gebleken, die een hogere vergoeding rechtvaardigt.

5.2. Met betrekking tot de nekoperatie is naar aanleiding van aanvullende informatie op grond van DBC-prestatiecode 08.11.00.2530.0023 een bedrag van € 4.698,70 overgemaakt.

5.3. Voor zover het verzoek een eventuele tarifiering betreft op grond van het Spaanse socialezekerheidsstelsel stelt de zorgverzekeraar dat hiervan geen sprake kan zijn omdat verzoeker is geopereerd in een privé-kliniek.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangegeven dat hij op basis van DBC-prestatiecode 08.11.00.3205.0023 maximaal € 3.365,40 zal vergoeden voor de operatieve behandeling van het carpaal tunnelsyndroom.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker voor het meerdere 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 13 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat.

"Omschrijving:

geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (. . .)"

Verwijzing door:

huisarts (. . .), medisch specialist (. . .)

*Machtiging:
ja."*

In artikel 12 wordt ten aanzien van de aanspraken bepaald:

12.1. De verzekerde heeft aanspraak op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

12.4. Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2006, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders.

*Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2006, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders:
(. . .)*

- Medisch specialistische zorg (artikel 15 tot en met 21) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis;

- 7.2. De regeling in de artikelen 12 en 15 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.11 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 vergoeding van de kosten van 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 vervolgens 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.
- Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 4.2 van het Bzv.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil ziet nog uitsluitend op de hoogte van de vergoeding voor de nekoperatie, aangezien de zorgverzekeraar ter zitting heeft aangegeven de nota van de operatieve behandeling van het carpaal tunnelsyndroom alsnog volledig te vergoeden.
- 7.6. 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 in dit geval niet langer in geschil zijn. Met het door de zorgverzekeraar bij brief van 26

maart 2008 schriftelijk verlenen van toestemming voor de nekoperatie tot het bedrag van € 4.698,70 is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg, de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid niet meer aan de orde.

- 7.7. Het onderhavige geschil spitst zich daarmee toe op de vraag naar de hoogte van de vergoeding van de nekoperatie in Spanje. Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding oordeelt de commissie als volgt. Medisch noodzakelijke zorg, genoten in een Europese lidstaat, kan op twee manieren worden vergoed. Enerzijds op grond van de Europese Health Insurance Card (de EHIC)/ EG-Verordening 1408/71, waarbij gedurende het verblijf in een andere Europese lidstaat dan Nederland, het tarief vergoed dient te worden zoals dat geldt volgens het socialezekerheidsstelsel van de betreffende Europese lidstaat (het zogenaamde tarifieren). Anderzijds op grond van de zorgverzekering waarbij door de zorgverzekeraar het in Nederland geldende marktconforme bedrag dient te worden vergoed. Een redelijke uitleg van de overeenkomst brengt vervolgens met zich dat voor verzoeker de onder omstandigheden meest gunstige regeling wordt toegepast.
- 7.8. Verzoeker heeft nota's ontvangen van een ziekenhuis in een EU-lidstaat, waaruit de commissie afleidt dat hij destijds niet in het bezit was van een EHIC, althans deze niet heeft getoond, dan wel dat deze niet door het ziekenhuis is geaccepteerd. Het eventueel niet voldoen aan dit - formele - vereiste kan verzoeker echter niet worden tegengeworpen. Een verzekerde kan namelijk ook achteraf bij zijn zorgverzekeraar nota's indienen, waarna deze worden beoordeeld volgens de tarifieringsprocedure. Op grond van artikel 22 lid 1 onder a van de verordening ligt dan ter beoordeling voor of de polsoperatie en/of de nekoperatie van verzoeker moet worden gekwalificeerd als medisch noodzakelijke zorg als bedoeld in de EG-Verordening 1408/71 en of in de situatie van verzoeker sprake was van verblijf als bedoeld in de EG-Verordening 1408/71.
- 7.9. De stelling van de zorgverzekeraar dat verzoeker geen beroep kan doen op de verordening indien hij zich in een privé ziekenhuis heeft laten behandelen, is onjuist. Blijkens nota C 376/03 van de Administratieve Commissie voor de Sociale Zekerheid van Migrerende Werknemers heeft een verzekerde, die zich wendt tot een particulier ziekenhuis dat niet tot het ziektekostenverzekeringsstelsel van de lidstaat van verblijf behoort, enkel recht op bekostiging van zijn zorg volgens de voorwaarden van de wetgeving van die staat.
- 7.10. Echter, Spanje heeft geen vergoedingstarieven vastgesteld en tarifeert daarom niet. Voor die situatie is in artikel 34 lid 5 van de toepassingsverordening (EG-Verordening 574/72) bepaald dat de kosten dienen te worden vergoed overeenkomstig het sociale zekerheidsstelsel van het land waar de ziektekostenverzekering is geregeld, in casu Nederland.
- 7.11. 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 08.11.00.2530.0023 ziet op een neurochirurgie/reguliere zorg/cervicale anterieure discectomie met spondylodese/operatief met klinische episode(n). Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief ten tijde van de operatie een ge-

ven is - te weten € 4.698.70, samengesteld uit € 3.786,00 ziekenhuiskosten en € 912,70 specialistenhonorarium - , zoals blijkt uit de NZa tariefapplicatie.

De commissie is dan ook van oordeel dat, gelet op artikel 15 van de zorgverzekering door de zorgverzekeraar de onder de gegeven omstandigheden meest passende DBC-code is toegepast.

- 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. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, met dien verstande dat de commissie onder de gegeven omstandigheden van oordeel is dat het entreegeld van € 37,00 door de zorgverzekeraar dient te worden vergoed.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 30 juni 2008,


Voorzitter