

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, endoscopische
decompressie bij stenose op niveau L4/5 en percutane nucleotomie
op niveau C5/6 en C6/7, buitenland
Zaaknummer : ANO07.267
Zittingsdatum : 19 september 2007

Zaak: ANO07.267 (Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, endoscopische decompressie bij stenose op niveau L4/5 en percutane nucleotomie op niveau C5/6 en C6/7, buitenland)

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, in deze vertegenwoordigd door C te D,
tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 2 april 2007 inzake het niet (volledig) vergoeden van twee rugoperaties in de Alpha Klinik te München (Duitsland).

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 Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een tweetal aanvullende verzekeringen.
- 3.2. Bij brief van 2 april 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat twee rugoperaties in de Alpha Klinik te München niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 24 april en 3 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld de kosten van de beide ingrepen te vergoeden volgens de Nederlandse DBC-tarieven voor (soort)gelijke ingrepen.
- 3.4. Bij brief van 12 mei 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de volledige kosten voor de twee rugoperaties, alsmede de reis- en verblijfkosten, te vergoeden.
- 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 2 juli 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juli 2007

aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Bij brief van 15 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

Partijen zijn op 31 augustus 2007 in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.

- 3.8. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 10 september 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 19 september 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid <geen> gebruik gemaakt <en <haar/zijn> standpunt nog eens herhaald>. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.>
- 3.10. Bij brief van 20 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld 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 is een 41-jarige vrouw. Zij is in december 2004 aan een hernia ter hoogte van L4/5 geopereerd. Bij deze operatie is een aantal complicaties ontstaan, doordat de hernia zich aan de binnenzijde van de wervel bevond. Na een jaar heeft verzoekster een MRI uit laten voeren, waarna een (nieuwe) hernia op exact dezelfde plaats werd ontdekt. De behandelend medisch-specialist berichtte verzoekster dat hij geen nieuwe operatie wilde uitvoeren wegens te grote risico's in verband met littekenweefsel na de vorige ingreep.
- 4.2. Verzoekster heeft meerdere *second opinions* aangevraagd. De medisch-specialist in de Alpha Klinik diagnosticeerde een "flat disc herniation C5/6 medio right, flat protrusion C6/7 right en spinal stenosis L4/5 with protrusion". Voor de rug werd een endoscopische nucleotomie met decompressie, en voor de nek een percutane nucleotomie geïndiceerd.
- 4.3. De zorgverzekeraar heeft verzoekster voor een *second opinion* naar een medisch-specialist te St. Niklaas (België) verwezen. Deze arts indiceerde in zijn brief naar de huisarts van verzoekster een cervicale discectomie en artrodese op het niveau C5-C6.
- 4.4. Tenslotte heeft een andere medisch-specialist verklaard dat het niet verstandig is de wervels bij een 41-jarige vrouw vast te laten zetten.

- 4.5. In februari 2007 heeft verzoekster de twee operaties (endoscopische nucleotomie met decompressie en een percutane nucleotomie) in de Alpha Klinik ondergaan.
- 4.6. Verzoekster is het niet eens met het standpunt van de zorgverzekeraar om de ingrepen op basis van de DBC-tarieven te vergoeden. Verzoekster is van mening dat de ingrepen voor volledige vergoeding in aanmerking komen en verwijst naar een uitspraak van de rechtbank te Middelburg uit 2002. Verzoekster komt, mede gezien het feit dat de hevige pijn en de lange onzekerheid over de hoogte van de vergoeding veel invloed hebben gehad op haar persoonlijke leven, tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de volledige kosten dient te vergoeden, inclusief de reis- en verblijfkosten.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat een endoscopische percutane nucleotomie bij een cervicale hernia geen gebruikelijke behandeling is en dat deze ingreep derhalve niet valt onder de omvang van de verzekerde geneeskundige zorg.
- 5.2. Verzoekster is een alternatieve behandeling aangeboden bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener in België.
- 5.3. In het kader van de heroverweging heeft de zorgverzekeraar besloten dat de endoscopische decompressie bij stenose op niveau L4/L5 valt onder de DBC-code 05 11 00 1350 0212 en dat hij deze ingreep zal vergoeden op basis van het bijbehorende tarief. De percutane nucleotomie op niveau C5/C6 valt onder DBC-code 08 11 00 2505 0023 en deze ingreep wordt daarom tot de hoogte van het toepasselijke DBC-tarief vergoed.

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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen.

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 omschreven 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 is aangewezen op gecontracteerde zorg. Verzoekster heeft zich gewend tot een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling.
- 7.3. Artikel 2.4 van de zorgverzekering bepaalt dat de aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg zoals in de zorgpolis omschreven, mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door 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. Artikel 12 van de zorgverzekering, inzake het geldend maken van zorgaanspraken, bepaalt, voor zover hier van belang:
- “(…)
 Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Per aanspraak c.q. vergoeding beschrijven wij, indien van toepassing, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent. 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;
 indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
 (...)”*
- 7.5. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg wordt geregeld in artikel 3 van de Aanspraken van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang:
- “(…) De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.
 Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op vergoeding van 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.
 (...)”*
- 7.6. Artikel 1 van de Aanspraken van de zorgverzekering vermeldt als één van de bovengenoemde behandelingen een herniabehandeling.
- 7.7. De regeling van de artikelen 2.4 en 12 van de zorgverzekering en de artikelen 1 en 3 van de Aanspraken van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.8. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 lid 1 en 2.4 van het Bzv. In artikel

2.1 lid 2 is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Artikel 13 lid 1 van de Zvw regelt voorts dat indien een verzekerde bepaalde vormen van zorg van een andere zorgaanbieder betreft, dan de zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst tot het leveren van zorg gesloten heeft, het de zorgverzekeraar is die de vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten vaststelt.

- 7.9. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.10. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in deze procedure in het midden kan blijven. Met het, op 3 mei 2007, schriftelijk verlenen van toestemming voor de beide operaties, tegen het in Nederland geldende tarief, is de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg in dit geschil beantwoord.
- 7.11. Rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar (ter zake van de endoscopische decompressie bij stenose op het niveau L4/L5) gehanteerde DBC-code 05.11.00.1350.0212 ziet op een reguliere zorg/ kanaal stenose/ operatief klinisch. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is.
De door de zorgverzekeraar (ter zake van de percutane nucleotomie op het niveau C5/C6) gehanteerde DBC-code 08.22.00.2505.00.23 ziet op een reguliere zorg/ HNP, chemonucleolysis en percutane nucleotomie of minimaal invasieve/operatief met klinische episode(n). Ook dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven vormt.
- 7.12. In de Nederlandse tariefsystematiek doet in beginsel niet terzake of een operatie op één, dan wel op twee niveaus plaatsvindt, tenzij sprake is van een gecompliceerde ingreep. De commissie is van oordeel dat, gelet op artikel 12 van de zorgverzekering, door de zorgverzekeraar de juiste DBC-codes en de juiste daarbij behorende tarieven zijn toegepast. Het enkele feit dat de kliniek waar verzoekster is behandeld de verschillende niveaus waarop de onderhavige ingrepen zijn uitgevoerd apart in rekening brengt, doet daar niet aan af.
- 7.13. Voorts berust de DBC-systematiek op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Nu alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op hetzelfde behandeltraject, en de betreffende onderdelen moeten worden geacht te 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 DBC-codes geen basis is.
- 7.14. De onder 7.11 bedoelde DBC-tarieven zijn gekoppeld aan een volledige behandeling en worden geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, nu 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. Hoewel de commissie begrip heeft voor het leed dat verzoekster en haar gezin het afgelopen jaar hebben ervaren, kan dit naar het oordeel van de commissie niet tot een andere vergoedingssystematiek leiden.

7.15. Tot slot oordeelt de commissie op dat, gelet op het incidentele karakter van de reis en het feit dat de reisafstand meer dan 200 kilometer bedraagt, deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verblijfkosten kunnen nooit ten laste van de zorgverzekering komen.

7.16. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 oktober 2007,

Voorzitter