

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D vs. E te F
Zaak : Geneeskundige zorg buitenland, percutane nucleotomie C5-6 en
C6-7 (open nekhernia operatie)
Zaaknummer : ANO06.107
Zittingsdatum : 18 oktober 2006

Zaak: ANO06.107, Geneeskundige zorg buitenland, percutane nucleotomie C5-6 en C6-7 (open nekhernia operatie)

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

(art. 11, 13 en 14 Zvw, 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

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 22 maart 2006 inzake het niet volledig willen vergoeden van een open nekhernia operatie in de dr. Hoogland Spine Center te München (Duitsland) ten behoeve van verzekerde.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Naturapolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), in combinatie met een aanvullende verzekering.
- 3.2 Bij brief van 22 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat op basis van het restitutiereglement slechts een klein gedeelte van de behandeling in de Alpha Klinik te München (ca € 8.300,-) vergoed zal worden, te weten 65% van het toepasselijke Nederlandse tarief - DBC-code 110025050021 - oftewel € 851,05.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 25 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 14 augustus 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar op te dragen de kosten van de onderhavige behandeling in de Alpha Klinik te vergoeden.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 22 september 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Op 25 september 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door partijen gebruik gemaakt. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 18 oktober 2006 telefonisch gehoord.

3.9 Bij brief van 23 oktober 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

3.10 Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 10 november 2006 op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, haar advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

4.1 Verzoekster is een 52-jarige vrouw. Zij heeft erg veel klachten. Pijn in de nek, uitstralend naar de rechterarm; uitstralende pijn naar de benen met doof gevoel in de voeten; onhoudbare hoofdpijnen en braken; kloppend oor met oorsuizingen en gekleurde vlekken voor de ogen. 's Nachts wordt zij regelmatig wakker met hartkloppingen en een drukkend gevoel op de schedel.

4.2 Vanwege deze klachten is verzoekster op 25 juli 2006 onderzocht in een ziekenhuis in Rotterdam, waar een nekhernia op niveau C3-4 werd vastgesteld, en op niveau C5-6 en C6-7 een smal wervelkanaal. Ter bestrijding van de pijn is een medicamenteus pijnbestrijdingstraject ingezet, dat echter geen effect bleek te hebben bij verzoekster. In januari 2006 is een second opinion uitgevoerd in Antwerpen, waar de gestelde diagnose bevestigd is.

4.3 Verzoekster stelt dat geen arts in Nederland, noch enig gecontracteerde arts van de zorgverzekeraar, haar wil of kan opereren. Zij is daarom op zoek gegaan naar een alternatief en uiteindelijk bij de Alpha Klinik te München (Duitsland) terecht gekomen. In deze kliniek is men bereid een open percutane nucleotomie uit te voeren.

4.4 Verzoekster is verbijsterd en wanhopig omdat de zorgverzekeraar haar steeds verder achteruit laat gaan, er een medische oplossing voor handen is, maar de zorgverzekeraar deze niet wil vergoeden om in haar ogen "bureaucratische regeltjes". Temeer daar zij niet over voldoende kapitaal beschikken om de ingreep zelf te betalen, en, vanwege het ontvangen van een uitkering, zij ook niet in aanmerking komt voor een lening. Verzoekster wil dan ook dat de zorgverzekeraar verplicht gesteld wordt de onderhavige ingreep in zijn geheel te vergoeden. Daarbij vraagt zij aandacht voor het feit dat zij maandelijks een hoge premie betaalt.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

5.1 De zorgverzekeraar is primair van mening dat, nu verzoekster een naturapolis heeft afgesloten, zij in beginsel aangewezen is op gecontracteerde zorg. Indien zij van niet-gecontracteerde zorg gebruik wenst te maken, komt zij uitsluitend in aanmerking voor een bijdrage in de vergoeding van de onderhavige ingreep. Deze bijdrage is conform de polisvoorwaarden en de regelgeving gebaseerd op het toepasselijke WTG-tarief (het bedrag dat in Nederland voor een dergelijke operatie wordt vergoed), en hier slechts 65% van omdat verzekerde een naturapolis heeft afgesloten en derhalve niet voor volledige vergoeding van het WTG-tarief van DBC-code 110025050021 (€1.309,30) in aanmerking komt.

5.2 De medisch adviseur van de zorgverzekeraar meent op basis van de medische gegevens van de artsen van de twee door verzoekster geconsulteerde ziekenhuizen, te moeten stellen dat er geen sprake is van een manifeste hernia en evenmin van een manifeste spinaalstenose, doch van een degeneratieve afwijking aan de cervicale wervelkolom. Er is derhalve geen indicatie tot opereren. Wel wordt fysiotherapie geadviseerd om andere oorzaken van de klachten te ontdekken.

Het feit dat twee geconsulteerde ziekenhuizen hebben afgezien van operatief ingrijpen, illustreert dat zij de mogelijke complicaties in een delicaat gebied als de nekregio hoog hebben ingeschat voor de vrij non-specifieke bevindingen. De medisch specialist die de second opinion heeft uitgevoerd vermeldt expliciet dat hij geen indicatie ziet voor operatief ingrijpen.

Nu de behandelaars van verzoekster om voor hen moverende (medische) redenen afzien van een operatief ingrijpen, kan dat geen reden zijn om een (identieke of gelijksoortige) ingreep, uitgevoerd door een niet-gecontracteerde zorgverlener, volledig te vergoeden.

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 verzekering(en).

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1 Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. 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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.
- 7.2 Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Op het belang van deze constatering zal in het vervolg worden teruggekomen. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 4 van de zorgverzekering natura, in combinatie met de artikelen 2 en 4 van het restitutiereglement van de zorgverzekering. In artikel 20 lid 1 onder 2 staat vermeld dat de zorgverzekeraar de gebruikelijkheid en de noodzakelijkheid van de aanspraak mag toetsen.
- 7.3 De regeling van artikel 4 van de zorgverzekering, alsmede de regeling van artikel 2 en artikel 4 van het restitutiereglement zijn volgens de algemene voorwaarden, artikel 20 van de polisvoorwaarden, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4 Ten aanzien van het voorliggende geschil overweegt de commissie als volgt. 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. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Het betreft onder andere zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Artikel 14 lid 1 van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar op zorginhoudelijke criteria een doelmatigheidstoets mag toepassen.

Artikel 13 lid 1 van de Zvw regelt 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.

- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 Nu de gebruikelijkheid van de gevraagde verstrekking, een open percutane nucleotomie, tussen partijen niet ter discussie staat, zijn de volgende vragen in de onderhavige zaak aan de orde.
Wordt vanuit de Alpha Klinik een identieke of gelijksoortige ingreep voorgesteld, als de ingreep die in de wel gecontracteerde ziekenhuizen zou plaatsvinden indien deze althans geïndiceerd zou zijn?
Kan er een zorginhoudelijke doelmatigheidstoets uitgevoerd worden door de zorgverzekeraar op basis waarvan hij kan weigeren de gevraagde verstrekking volledig te vergoeden?
- 7.7 Uit de brief van dr. Hoogland van de Alpha Klinik te München van 29 juni 2006 blijkt dat hij voornemens is een open percutane nucleotomie bij verzekerde uit te voeren. Het betreft hier gebruikelijke zorg. Uitgaande van het bestaan van een indicatie zou de ingreep in een gecontracteerd ziekenhuis kunnen worden uitgevoerd en zouden de daarmee gemoeide kosten onder de dekking van de zorgverzekering vallen.
- 7.8 De vraag is evenwel of in de situatie van verzekerde een indicatie aanwezig is voor bedoelde operatie. De commissie constateert dat er een verklaring ter zake ligt van de huisarts en dat de behandelend medisch-specialist van mening is dat een indicatie bestaat. Verder valt uit de inmiddels door de zorgverzekeraar gedane toezegging dat hij bereid is de kosten (deels) te vergoeden op te maken dat het bestaan van een indicatie voor een open percutane nucleotomie op zich niet wordt bestreden.
- 7.9 Gelet op het voorgaande kan aan de beoordeling van de doelmatigheid, als bedoeld in artikel 14, eerste lid van de Zvw, niet meer worden toegekomen. Bij deze beoordeling mogen immers alleen zorginhoudelijke criteria worden gehanteerd, en niet bijvoorbeeld financiële.
- 7.10 Dit betekent niet dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling te München zonder meer te vergoeden. Uitgangspunt is, zoals gezegd, dat verzekerde beschikt over een naturapolis en dus is aangewezen op gecontracteerde zorg. De Alpha Klinik is niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd.
Van belang is in dit verband dat van de kant van de zorgverzekeraar is gewezen op bestaande alternatieven buiten Nederland. Verzekerde heeft van deze mogelijkheden tot op heden geen gebruik gemaakt. Met name is niet ingegaan op de uitnodiging een afspraak met de orthopedisch chirurg van het Ziekenhuis Stuivenberg te Antwerpen te maken. Evenmin is ingegaan op het aanbod van de zorgverzekeraar van 19 oktober 2006, waarbij verzoekster met naam en toenaam een medisch-specialist is aangegeven, die op dat moment bereid was de onderhavige ingreep bij verzoekster uit te voeren.
Onder deze omstandigheden valt niet in te zien waarom de zorgverzekeraar zich niet zou mogen beroepen op de bepalingen van het restitutiereglement, aldus het recht op vergoeding van de kosten van de voorgenomen behandeling in de Alpha Klinik beperkend tot 65% van het toepasselijke WTG-tarief behorende bij DBC-code 110025050021, te weten € 851,05.

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, 21 december 2006,

Voorzitter