

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, EU/EER, hoogte vergoeding voor rugoperatie
met complicaties
Zaaknummer : 2008.00435
Zittingsdatum : 11 maart 2009

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.00435, geneeskundige zorg Europa, hoogte vergoeding voor rugoperatie met complicaties

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 de beslissing van de zorgverzekeraar van 4 oktober 2007 inzake de hoogte van de vergoeding voor de door haar in Spanje ondergane rugoperaties en de behandeling van de daarbij opgetreden complicaties.

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 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, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoekster de diagnose wervelkanaalstenose op de niveaus L3-5 gediagnosticeerd. Verzoekster heeft naar aanleiding van de ondergane behandelingen bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan de eerste en tweede rugoperatie ten behoeve van de wervelkanaalstenose en de behandeling van de complicatie met de daarbij behorende opname, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak tot maximaal € 4.477,10 wordt vergoed.
- 3.3. Op 21 juni, 9 juli en 19 juli 2007 hebben de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, deels overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 14 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 6 mei 2008 heeft verzoekster haar geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is

ondernomen. Deze poging heeft weliswaar geleid tot een hogere, maar niet volledige vergoeding.

- 3.6. Bij brief van 19 juli 2008 heeft verzoekster het geschil te willen voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Verzoekster verzoekt de commissie te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
 - 3.7. 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. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
 - 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 16 december 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 december 2008 aan verzoekster toegezonden.
 - 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en zorgverzekeraar hebben op 12 februari respectievelijk 24 februari 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
 - 3.10. Bij brief van 31 december 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 2 maart 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen omdat verzoekster op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering voor de onderhavige operatie geen recht heeft op een hogere vergoeding dan reeds is uitgekeerd. Een afschrift van het CVZ-advies is op 4 maart 2009 aan partijen gezonden.
 - 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 11 maart 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.12. Bij brief van 11 maart 2009 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 bij brief van 18 maart 2009 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij op 21 juni 2007 een rugoperatie heeft ondergaan. Omdat hiermee de pijnklachten niet werden verholpen is zij vanwege hevige pijn op 9 juli 2007 nogmaals geopereerd. Tijdens deze operatie is zij besmet geraak met de MRSA bacterie, ten gevolge waarvan zij op 19 juli 2007 voor een derde keer is geopereerd in verband met een abscesdrainage.
 - 4.2. Verzoekster stelt ten eerste dat zij niet begrijpt waarom zij zelf de extra kosten die de MRSA-besmetting met zich heeft gebracht, dient te betalen.

- 4.3. Voorts begrijpt zij niet waarom zij zelf slechts eenmaal het bedrag van € 4.477,10 van de zorgverzekeraar heeft ontvangen, en dat een tweede bedrag van dubbele omvang aan de ANWB-alarmcentrale is vergoed, terwijl zij zelf de nota van € 10.480,05 heeft betaald.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in Spanje voor elke opname eerst bij een Nederlandse huisarts is geweest, die hem heeft verwezen naar het ziekenhuis waar zij is behandeld. In het ziekenhuis heeft met de EHIC niet geaccepteerd en heeft men eigenhandig contact opgenomen met de ANWB alarmcentrale. Niemand, ook niet de ANWB alarmcentrale, heeft verzoekster ooit geïnformeerd over het feit dat de behandelingen mogelijkerwijs niet volledig zouden worden vergoed.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 verzoekster recht heeft op twee maal een vergoeding van € 4.477,10 voor de door haar in Spanje ondergane rugoperaties. Op grond van de verklaringen van de Spaanse neurochirurg wordt twee maal het bedrag behorend bij DBC-prestatiecode 05.11.00.1350.0213, die staat voor een laminectomie, uitgekeerd.
- 5.2. Ten behoeve van de nota van € 5.560,05 is éénmaal het bedrag van € 4.477,10 aan verzoekster uitgekeerd.
- 5.3. Voor de tweede operatie is door de ANWB een garantieverklaring afgegeven aan het ziekenhuis voor een bedrag van € 11.213,36. De meerprijs diende door verzoekster zelf te worden voldaan. Verzoekster heeft daarop zelf van het Spaanse ziekenhuis een nota van € 10.480,05 gekregen en voldaan, de meerprijs boven het garantiebedrag. Uiteindelijk is door het ziekenhuis in Spanje een bedrag van € 9.290,35 aan de ANWB in rekening gebracht (€ 9.989,62 minus een korting van € 699,27). Ten behoeve van de tweede nota is door de zorgverzekeraar éénmaal het bedrag van € 9.290,35 uitgekeerd aan de ANWB-alarmcentrale ter voldoening van deze nota aan het Spaanse ziekenhuis. Het meerbedrag van € 4.813,25, dat ten onrechte aan de ANWB is uitgekeerd voor de onderhavige zorg, zal niet bij verzoekster worden teruggevorderd. Verzoekster kan echter daarenboven geen aanspraak maken op het bedrag van € 9.290,35 ter compensatie van de nota van € 10.480,05 die zij zelf heeft betaald.
- 5.4. Voor zover verzoekster klaagt over de bijkomende kosten in verband met een MRSA-besmetting stelt de zorgverzekeraar dat deze kosten in beginsel inbegrepen zijn in de DBC-prestatiecode.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster is opgenomen geweest in een dure privé-kliniek, zonder spoedindicatie.
- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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 natura-polis, 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 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.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

Beoordeling op grond van de zorgverzekering

- 7.5. 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 geschil zijn. Met het bij brief van 30 juni 2007 schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar ter zitting voor de operatieve behandeling van een rugoperatie in Spanje tot het bedrag van € 4.477,10, en het achteraf vergoeden van een tweede rugoperatie met de daarop gevolgde complicatie, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van beide zorgvormen en de vraag naar de indicaties en de doelmatigheid niet meer aan de orde. In geschil is derhalve de vraag naar de hoogte van de vergoeding voor de op 9 juli 2007 ondergane rugoperatie en de daarop gevolgde abcesdrainage in verband met een MRSA-besmetting.

- 7.6. Ten aanzien daarvan oordeelt de commissie als volgt. Medisch noodzakelijke zorg, genoten tijdens verblijf in een Europese lidstaat, dient te worden vergoed op grond van de Europese Health Insurance Card (de EHIC), ter uitvoering van artikel 22 lid 1 onder a van EG-verordening 1408/71. In die situatie dient het tarief te worden vergoed zoals dat geldt volgens het socialezekerheidsstelsel van de betreffende Europese lidstaat (het zogenaamde tarifieren). Dit beginsel leidt uitzondering indien een Europees land, zoals Spanje, niet tarifeert omdat dit land geen vergoedingstarieven heeft vastgesteld. In die situatie bepaalt artikel 34 lid 5 van de toepassingsverordening (EG-verordening 574/72) dat het tarief dient te worden vastgesteld aan de hand van het socialezekerheidsstelsel van het land waar verzoekster is verzekerd tegen ziektekosten.

- 7.7. Rest de beoordeling van de hoogte van de vergoeding aan de hand van het Nederlandse socialezekerheidsstelsel. 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 05.11.00.1350.0213 ziet op een orthopedie/reguliere zorg/kanaalstenose /operatie met klinische episode(n). Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief ten tijde van de operatie een gegeven is - te weten € 4.477.10, samengesteld uit € 4.034,00 ziekenhuiskosten en € 443,10 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 niet de meest passende DBC-code is toegepast. Verzoekster is immers door een neurochirurg behan-

deld en niet door een orthopedisch chirurg. De voor deze behandeling gekozen DBC-prestatiecode dient daarom een neurochirurgische DBC-prestatiecode te zijn. De commissie komt om die reden en gezien het feit dat de onderhavige operatie niet zonder complicaties is verlopen tot de conclusie dat voor de onderhavige behandeling DBC-prestatiecode 08.11.00.2515.0023, die staat voor neurochirurgie/reguliere zorg/ verruimende uitgebreide laminectomie/operatief met klinische episode(n), de meest passende is. Hierbij hoort echter ten tijde van de operatie een tarief van €5.027,05, zoals blijkt uit de NZa Tariefapplicatie.

- 7.8. Met betrekking tot de MRSA-besmetting en de daarop gevolgde abcesdrainage oordeelt de commissie als volgt. Voor de wijze waarop de DBC-prestatiecodes dienen te worden toegepast, wordt door DBC-Onderhoud, de organisatie die in Nederland verantwoordelijk is voor een goed werkende DBC-systematiek, instructies per tijdvak opgesteld en gepubliceerd op de website van DBC-Onderhoud. De juridische status van deze instructies liggen verankerd in de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Voor de behandeling die verzoekster heeft ondergaan, gaat de commissie uit van 'Instructie DBC registratie Neurochirurgie 2007', die geldig is voor de periode van 1 juli tot en met 31 december 2007. Uit paragraaf 3.3, Heroperaties en complicaties, blijkt dat

*“Wanneer er sprake is van heroperaties en heropnames als gevolg van complicaties is de volgende regel van toepassing. Wanneer de heroperatie en heropname plaatsvindt binnen de looptijd van de reguliere DBC, dan wordt er geen nieuwe DBC geopend.
Voorbeelden van dergelijke complicaties zijn postoperatieve (wond)infecties, nabloedingen en naadlekkages.”*

Hieruit volgt dat voor de zorg ten gevolge van de MRSA-besmetting geen extra tarief wordt uitgekeerd.

- 7.9. 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.
- 7.10. Op grond van vorenstaande kan aan de zorgverzekering geen recht op een hogere vergoeding worden ontleend dan het bedrag van € 5.027,05.

De aanvullende werking van het privaatrecht

- 7.11. Gezien de door de zorgverzekeraar aan verzoekster afgegeven machtiging van 4 oktober 2007 voor de operatie van 21 juni 2007 en de door de alarmcentrale afgegeven garantieverklaring aan het Spaanse ziekenhuis van 19 juli 2007 voor de operatie van 19 juli 2007 die te gelden heeft als een handeling namens de zorgverzekeraar, oordeelt de commissie als volgt.
Hoewel de onderhavige operaties van 21 juni en 19 juli 2007, inclusief de complica-

ties, in beginsel onder een DBC-prestatiecode dienen te worden vergoed, zoals reeds onder de punten 7.7 tot 7.9 overwogen, kan van verzoekster niet worden verwacht dat zij begrijpt dan wel had moeten begrijpen dat de afgegeven garantieverklaring op 19 juli en de op 4 oktober afgegeven machtiging voor de operatie van 21 juni 2007 dienen te worden gelezen als een toestemming voor de vergoeding van slechts één operatie. Gezien de tijdsperiode tussen de afgegeven machtigingen mocht verzoekster erop vertrouwen dat haar voor zowel de operatie van 21 juni als die van 19 juli een machtiging is verstrekt.

Verzoekster heeft op grond van de op 4 oktober 2007 afgegeven machtiging wegens de toepassing van een onjuiste DBC-prestatiecode, recht op een nabetaling van € 5.027,05 - € 4.477,10 = € 549,95.

- 7.12. Met betrekking tot de afgegeven garantieverklaring van 19 juli oordeelt de commissie als volgt. Het bedrag van de garantieverklaring aan het Spaanse ziekenhuis bedroeg € 11.231,00. De kosten boven dit bedrag, zo heeft de zorgverzekeraar gesteld in zijn brief van 16 december 2008, behoren voor verzoekster te blijven.

Aangezien de zorgverzekeraar dit gehele bedrag van de garantieverklaring aan het Spaanse ziekenhuis had moeten betalen zo de laatstgenoemde de volledige nota bij de zorgverzekeraar had ingediend, is de commissie van oordeel dat het verschil tussen het garantiebedrag en de uiteindelijke betaling door de zorgverzekeraar aan het ziekenhuis ten goede dient te komen aan verzoekster ter voldoening van de meerkosten van de operatie van 19 juli 2007. Voor de nabetaling op basis van de afgegeven garantieverklaring wordt derhalve een bedrag vastgesteld van € 11.231,00 - € 9.290,35 = € 1.940,65.

- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het betreft een nabetaling van de onder 7.11 en 7.12 genoemde bedragen van € 549,95 en € 1.940,65 . Het meer of anders verzocht dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek met inachtneming van het onder 7.13 overwogene toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 25 maart 2009,

Voorzitter