

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, Percutane Transforaminale Endoscopische Dis-
cectomie (PTED)
Zaaknummer : 2008.01837.a
Zittingsdatum : 19 november 2008

Zaak: 2008.01837. geneeskundige zorg, Percutane Transforaminale Endoscopische Dissectomie (PTED)

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: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 25 april 2007 de kosten van de door hem ondergane rugoperatie niet volledig te vergoeden.

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 Vrije Keuze Basisverzekering (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). Tevens werd door verzoeker een aanvullende verzekering gesloten.

3.2. Bij e-mailbericht van 12 maart 2007 heeft verzoeker de zorgverzekeraar de volgende vraag voorgelegd:

"N.a.v. het telefonisch gesprek met de heer [naam medewerker] verzoek ik u mij (per email) te bevestigen dat mijn hernia operatie bij Rugkliniek-Iprenburg te Heerenveen (www.rugkliniek-iprenburg.nl) (zelfstandigbehandelcentrum, 29a instellingen AGB code 22.220096) onder mijn polisvoorwaarden valt en derhalve vergoed zal worden."

3.3. De zorgverzekeraar heeft hier op 16 maart 2007 op geantwoord:

"Wij hebben uw email ontvangen, naar aanleiding hiervan delen wij u mee dat conform de Basisverzekering zullen wij volgens DBC tarief vergoeding verlenen voor de kosten van een hernia operatie."

3.4. Vervolgens heeft verzoeker een nota ad € 7.400,00 ingediend, waarna de zorgverzekeraar hem bij een declaratieoverzicht van 25 april 2007 heeft bericht dat in totaal € 4.000,00 wordt uitgekeerd. Later is nog een bedrag van € 17,00 nabetaald. Verzoeker maakt thans aanspraak op vergoeding van de voor zijn rekening gebleven kosten

(hierna: de aanspraak).

- 3.5. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 5 juni en 24 september 2007 en 9 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven .
 - 3.6. Bij brief van 5 augustus 2008 heeft verzoeker zich tot de SKGZ gewend omdat hij zich niet kan vinden in de afwijzing.
 - 3.7. Bij brief van 11 augustus 2008 heeft een bemiddelingspoging plaatsgevonden door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze bemiddeling heeft niet tot een andere opstelling van de zorgverzekeraar geleid.
 - 3.8. Bij brief van 1 september 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
 - 3.9. 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.
 - 3.10. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 26 september 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 september 2008 aan verzoeker toegezonden.
 - 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 oktober 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
 - 3.12. Bij brief van 2 oktober 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 28 oktober 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat PTED niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is 5 november 2008 aan partijen gezonden.
 - 3.13. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 november 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.14. Bij brief van 12 december 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 bij brief van 16 december 2008 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 hem telefonisch verzekerd was "Geen probleem". In antwoord op zijn e-mailbericht van 12 maart 2007 is hem vervolgens bij e-mailbericht van 16 maart 2007 een vergoeding op basis van het DBC-tarief toegezegd. Zijns inziens impliceerde dit e-mailbericht een toezegging voor een volledige, ongeclausuleerde vergoeding. Hij beroept zich in dat



verband op correspondentie met andere verzekerden, waaronder een verzekerde van de zorgverzekeraar, waaruit blijkt dat in andere gevallen de kosten van de behandeling in deze of een vergelijkbare kliniek geheel zijn vergoed. Daarbij is aangehaakt bij DBC-code 110013600216 Verzoeker verwijst naar jurisprudentie, onder andere van het Europese Hof, waaronder de zaak Decker en Kohl, en verklaart dat de zorgverzekeraar handelt in strijd met het gelijkheidsbeginsel.

- t
~
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat navraag bij de heer Ipremburg verzoeker leerde dat deze "volgens DBC-tarief declareerde". Verzoeker mocht er dan ook op vertrouwen dat de volledige rekening van €7400,00 vergoed zou worden.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
- t.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de kliniek een nota heeft opgemaakt met DBC-code 110013600212. Daar hoort een tarief bij van € 4.017,00, welk bedrag ook is vergoed, onder verrekening van de no-claim 2007. Wijziging naar DBC-code 110013600216 is niet mogelijk, daar deze betrekking heeft op een klinische behandeling. Volgens de zorgverzekeraar brengt de kliniek tarieven in rekening die niet marktconform zijn.
- t
- t
- 5.2. In reactie op de stelling van verzoeker dat in andere gevallen wel volledige vergoeding is verleend, brengt de zorgverzekeraar in dat die gevallen niet vergelijkbaar zijn. Zo is bijvoorbeeld sprake van een behandeling in een andere, buitenlandse kliniek, te weten de Alpha Klinik te München, door een andere behandelaar, en met een andere DBC-code. In de situatie van de eveneens bij de zorgverzekeraar verzekerde persoon, betrof het een - achteraf gezien - onterechte vergoeding. Het beroep op de jurisprudentie en het gelijkheidsbeginsel kan derhalve niet slagen.
- t
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat gezien het feit dat de noodzakelijkheid van de ingreep niet bestreden wordt, besloten is de klassieke methode te vergoeden.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker 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. De commissie is daarentegen niet bevoegd te oordelen over de aanvullende verzekering.
- .t
7. De beoordeling van het geschil
- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg.
Artikel 5 van het onderdeel 'Omvang dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. Hierin staat in lid 2 onder b, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:
- t

"Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

*Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een zelfstandig behandelcentrum. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
(. . .)"*

In artikel 20 lid 2 van het onderdeel 'Omvang dekking' van de zorgverzekering is het volgende opgenomen:

"De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- 1. het op het moment van behandeling op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief;*
- 2. indien geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag;*
- 3. bij een contract tussen zorgverlener en zorgverzekeraar echter conform hetgeen is overeengekomen. "*

7.2. Voorts is in artikel 2 lid 6 van het onderdeel 'Omvang dekking' bepaald:

"De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. "

7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de 'Algemene bepalingen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.

7.4. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 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 .

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

- 7.6. De vraag óf de onderhavige behandeling voor vergoeding in aanmerking komt behoeft geen bespreking omdat dit door de zorgverzekeraar in zijn email d.d. 16 maart 2007 reeds is gesteld. Door deze mail van de zorgverzekeraar is de beoordeling van de gebruikelijkheid, indicatie en doelmatigheid van de onderhavige zorg in dit specifieke geval immers niet meer van toepassing. Alleen de vraag naar de hoogte van de vergoeding resteert.
- 7.7. Verzoeker heeft onvoldoende aannemelijk kunnen maken dat er sprake was van een onvoorwaardelijke toezegging. De commissie is van mening dat in casu geen sprake is van een ongeclausuleerde toezegging aangezien de beperking "volgens DBC-tarief" door de zorgverzekeraar in bovengenoemde email was opgenomen. Indien de werking van de DBC-systematiek onduidelijk voor verzoeker was, had het op zijn weg gelegen om informatie omtrent deze clausulering in te winnen. Conclusies getrokken uit uitspraken van de zorgverlener blijven voor rekening van verzekerde.
- 7.8. Hoewel het hier om een niet-gebruikelijke behandeling gaat, is door de zorgverlener gedeclareerd op basis van DBC-code 110013600212 (Reguliere zorg//H.N.P.: Thoracale/lumbale wervelkolom/operatief met dagopname(n)). Het betreft hier een behandeling in het B-segment waarvoor het tarief in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgverlener wordt bepaald. Tussen de zorgverzekeraar en de kliniek zijn echter geen tariefafspraken gemaakt. Conform artikel 20 lid 2 onder 2 van de 'Omvang dekking' van de zorgverzekering worden de kosten daarom vergoed tot maximaal het marktconforme tarief. De zorgverzekeraar heeft dit tarief voor de behandeling waar de DBC-code betrekking op heeft, bepaald op € 4.017,00 en hij heeft overeenkomstig vergoeding verleend. Hij was daar echter niet toe gehouden. Voor deze behandeling is immers geen DBC-tarief vastgesteld (artikel 20 lid 2 onder 1) of overeengekomen. Onder de gegeven omstandigheden acht de commissie de hoogte van de verleende vergoeding daarom redelijk.
- 7.9. Niet valt in te zien waarom de zorgverzekeraar, gelijk verzoeker lijkt te bepleiten, een hogere vergoeding op grond van DBC-code 110013600216 (Reguliere zorg//H.N.P.: Thoracale/lumbale wervelkolom/KZD operatief met klinische episode(n)) zou moeten verlenen, omdat dit niet de DBC-code is die de zorgverlener op de nota heeft vermeld en het voorts een DBC-code betreft die betrekking heeft op een klinische behandeling, dat wil zeggen een behandeling die gepaard gaat met opname en de door verzoeker bezochte kliniek deze mogelijkheid niet kent.
- 7.10. Verzoekers beroep op het gelijkheidsbeginsel kan niet slagen. Gesteld noch gebleken is dat de gevallen waarop verzoeker zich beroept identiek zijn aan zijn geval. De betrokken verzekerden zijn elders verzekerd; in één geval heeft de behandeling in een andere kliniek plaatsgehad, en verder kan uit de overgelegde stukken niet worden afgeleid op welke basis - bijvoorbeeld coulancehalve of ten laste van aanvullende verzekering - de kosten zijn betaald. Ten aanzien van het geval van de andere verzekerde van deze zorgverzekeraar merkt de commissie op dat niet aannemelijk is geworden dat door de zorgverzekeraar - in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden - een begunstigend vergoeding en beleid wordt gevoerd of dat sprake is van een 'oogmerk tot begunstiging' van (een) bepaalde verzekerde(n).
- 7.11. Ten overvloede tekent de commissie nog aan dat indien verzekeraar zou menen dat de zorgverlener in strijd met de wet heeft gehandeld door meer te declareren dan het vastgestelde tarief, behorend bij DBC-code 110013600212, het op zijn weg ligt de



zorgverlener daar op aan te spreken. Zulks valt buiten de reikwijdte van deze procedure.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Z Zeist; 28 januari 2008,



Voorzitter