

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B versus C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, PTED, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2008.01311
Zittingsdatum : 8 april 2009

Zaak: 2008.01311 (Geneeskundige zorg, PTED, hoogte vergoeding)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 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 22 mei 2008 de kosten voor een Percutane Transforaminale Endoscopische Discectomie (PTED) slechts gedeeltelijk 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 Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Aanvullend en Tandeng-
Gaaf 500 afgesloten. Die beide verzekeringen blijven hierna buiten beschouwing.
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "HNP L5-S1 rechts". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een "endoscopische decompressie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 mei 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak slechts gedeeltelijk werd toegewezen.
- 3.3. Op 20 mei 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft daarop bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (hierna: SKGZ) een klacht ingediend. De SKGZ heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 31 juli 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 3 november 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 (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 24 december 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 januari 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 februari 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 10 februari 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 maart 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een PTED bij een HNP niet voldoet aan het criterium "stand van de wetenschap en praktijk". Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 8 april 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 8 april 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden 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 15 april 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de zorgverzekeraar een te laag tarief aanhoudt met betrekking tot de uitgevoerde operatie in de Rugkliniek Ipremburg. Verzoeker heeft op 26 november 2007 per e-mail aan de zorgverzekeraar gevraagd of hij in aanmerking kwam voor een vergoeding van de hernia-operatie. De zorgverzekeraar deelde daarop mede dat het te vergoeden bedrag € 2.602,74 zou bedragen indien hij de behandeling in Rugkliniek Ipremburg zou laten uitvoeren. De operatie zou echter geheel vergoed worden indien verzoeker naar de Rheinische Kliniek Viersen Süchteln in Duitsland zou gaan. Verzoeker had echter geen vertrouwen in deze kliniek, en heeft besloten toch naar Rugkliniek Ipremburg te gaan. Hij heeft de nota bij de zorgverzekeraar gedeclareerd, en kreeg bij telefonische

navraag te horen dat hij in aanmerking kwam voor een vergoeding van € 2.220,70. De operatie kost echter € 7.400,--. Verzoeker verklaart dat de zorgverzekeraar hem nooit heeft medegedeeld dat hij ook terecht kon bij twee andere klinieken in Nederland. Bij deze klinieken ligt het tarief volgens verzoeker op ongeveer € 5.500,-- euro. Hij wenst daarom van de zorgverzekeraar een vergoeding van ten minste dit bedrag. Verzoeker is bereid het verschil voor zijn rekening te nemen.

- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Nadat door de zorgverzekeraar een kliniek in Duitsland was aangedragen, heeft verzoeker hiermee contact opgenomen. Daarbij bleek dat de taalbarrière dusdanig groot was, dat behandeling aldaar geen goed alternatief bood voor die bij de Rugkliniek Ipremburg. De zorgverzekeraar heeft nimmer medegedeeld dat het ook mogelijk was in Nederland naar een kliniek te gaan, waarbij een PTED-operatie volledig zou worden vergoed.

- 4.3. 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 hij geen overeenkomst heeft met Rugkliniek Ipremburg, en de behandeling om die reden niet vergoedt. De zorgverzekeraar heeft echter besloten de kosten, wegens de eerdere toezegging, coulancehalve gedeeltelijk te vergoeden. Het bedrag van € 2.220,70 is gebaseerd op de DBC-code die in 2008 geldt voor deze behandeling. Het bedrag van € 2.602,74 was nog gebaseerd op de DBC-code die in 2007 van toepassing was. Aangezien verzoeker niet over deze verlaging is geïnformeerd, is de zorgverzekeraar van mening dat verzoeker wel recht heeft op het bedrag van € 2.602,74.

- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in 2007 nog geen overeenkomsten bestonden met de Medinova-klinieken met betrekking tot endoscopische herniaoperaties. Om die reden toentertijd daarnaar niet verwezen. De zorgverzekeraar heeft aangenomen dat voor de Rugkliniek Ipremburg was gekozen en dat de behandeling in 2007 zou plaatsvinden. Daarom is in 2008 niet aan verzoeker medegedeeld dat vanaf 1 januari 2008 ook met andere zorgverleners, die de PTED-methode hanteren, contracten zijn gesloten. Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar verklaard dat verzoeker in 2008 bij deze zorgverleners, ten laste van de zorgverzekering, met de PTED-methode in deze gecontracteerde klinieken geholpen had kunnen worden.

- 5.3. 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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De onderhavige kwestie spitst zich toe op de vraag of de door de zorgverzekeraar aan verzoeker toegekende vergoeding van € 2.602,74 juist is. Dienaangaande over-

weegt de commissie als volgt.

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis met gecontracteerde zorg, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners

Artikel 12.5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Artikel 8.4 beschrijft de grondslag van de vergoeding. Deze artikelen luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 12

5. Medisch-specialistische zorg

5.1 Algemeen

U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg door een medisch-specialist in een ziekenhuis, ZBC of huispraktijk. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. (...)

Artikel 8

(...)

4. Grondslag van de vergoeding

[De zorgverzekeraar] vergoedt de kosten ten hoogste op basis van het door of namens [de zorgverzekeraar] met zorgverleners overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen vergoedt [de zorgverzekeraar] de kosten tot maximaal het op grond van de WMG vastgestelde tarief. Als voor een verzekerde zorgvorm geen WMG-tarief geldt of als met de desbetreffende zorgverlener geen tarief is overeengekomen, vindt vergoeding plaats tot maximaal het voor Nederland geldende marktconforme bedrag, tenzij in het artikel anders is bepaald”

- 7.3. De artikelen 8 en 12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 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 bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Uit eerdere uitspraken van de commissie blijkt dat de PTED-methode zoals deze in het onderhavige geval bij verzoeker is toegepast, geen verzekerde prestatie is zoals bedoeld in de zorgverzekering. Deze methode is (nog) niet in overeenstemming met de stand van de wetenschap en praktijk. Nu de zorgverzekeraar echter tot vergoeding is overgegaan, staat de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie niet ter discussie. Enkel de hoogte van de vergoeding is in geschil.
- 7.7. Vast staat dat verzoeker een operatie heeft ondergaan bij de Rugkliniek Ipreburg, en dat de zorgverzekeraar geen contract heeft met deze kliniek. De DBC-code die is gedeclareerd is 05.11.00.1360.0212. De omschrijving bij deze code luidt: “reguliere zorg/H.N.P.: Thoracale/lumbale wervelkolom/Operatief met dagopname”. Tevens is vermeld dat voor behandelingen als de onderhavige geldt dat het tarief voor ziekenhuiskosten wordt vastgesteld door middel van onderhandelingen tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Het enige tarief dat is vermeld, betreft de kosten voor het honorarium van de hoofdspecialist en anesthesist ad € 371,--.

- 7.8. Door de zorgverzekeraar is met betrekking tot het jaar 2008 met de diverse ziekenhuizen voor een dergelijke behandeling een bedrag ad € 2.220,70 afgesproken. Omdat aan verzoeker is medegedeeld dat hij een bedrag van € 2.602,74 zou ontvangen, heeft de zorgverzekeraar besloten hem dit bedrag toe te kennen. Ter zitting is gebleken dat verzoeker op 28 april 2008 telefonisch contact heeft opgenomen met de zorgverzekeraar, waarin hij heeft gevraagd hoe hij een aanvraag moest indienen. In mei heeft verzoeker zijn aanvraag ingediend. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de PTED-behandeling ook in de per 1 januari 2008 door hem gecontracteerde klinieken wordt verricht. Het lag op de weg van de zorgverzekeraar om, in het kader van het telefoongesprek op 28 april 2008, dan wel de daaropvolgende aanvraag, waaruit de zorgverzekeraar had moeten begrijpen dat de ingreep nog niet had plaatsgevonden, als redelijk en zorgvuldig handelende zorgverzekeraar, te wijzen op dit alternatief, mede gelet op de grote financiële gevolgen voor verzoeker. Nu dit niet is gebeurd, is de zorgverzekeraar toerekenbaar tekortgeschoten in diens zorgplicht jegens verzoeker en dient de zorgverzekeraar aan verzoeker een bedrag te vergoeden conform het bedrag waarvoor hij een PTED-behandeling bij de Medinova-klinieken heeft gecontracteerd.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen hiervoor in 7.8 is overwogen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als in 7.9 omschreven.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 22 april 2009,

Voorzitter