

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, Stand Alone Anterieure Lumbale Inter-vertebrale Fusie (STALIF) niveau L5-S1, discusprothese niveau L4-5, en nadien micro decompressie niveau L4-5 en microlaminectomie van het wervelkanaal op de niveaus L4-S 1
Zaaknummer : 2007.0479
Zittingsdatum : 16 januari 2008

VOORLEGGER

Zaak: 2007.0479, geneeskundige zorg, buitenland, Stand Alone Anterieure Lumbale Inter-vertebrale Fusie (STALIF) niveau L5-S1, discus prothese niveau L4-5, en nadien micro decompressie niveau L4-5 en microlaminectomie van het wervelkanaal op de niveaus L4-S1

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, 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 24 september 2006 inzake de hoogte van de vergoeding van de door haar ondergane behandeling van de rugklachten, te weten een second opinion (op 29 en 30 juni 2006), een Stand Alone Anterieure Lumbale Intervertebrale Fusie (STALIF) en een discusprothese (7 juli 2006) en een microdecompressie en microlaminectomie (op 1 september 2006), uitgevoerd in de Alphakliniek in München (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige behandeling was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Bij brief van 24 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de vergoeding voor de second opinion in de Alpha Klinik € 235,35 bedraagt. Bij brief van 13 december 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de vergoeding voor de operaties van 7 juli en 1 september 2006 in de Alpha Klinik € 3.798,00 bedraagt.

3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 17 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven. Bij brief van 12 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar de vergoeding voor de operaties van 7 juli en 1 september 2006 in de Alpha Klinik, inclusief het bedrag voor de second opinion, verhoogd naar € 4.516,10.

3.4. Bij brief van 9 juli 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de door haar ondergane behandelingen van de rugklachten, te weten een second opini-

on (29 en 30 juni 2006), een Stand Alone Anterieure Lumbale Intervertebrale Fusie (STALIF) en een discusprothese (7 juli 2006) en een microdecompressie en microlaminectomie (1 september 2007) tegen het Nederlandse marktconforme tarief 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 21 september 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 september 2007 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 14 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw.
- 3.8. Bij brief van 14 november 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het CVZ heeft op 11 december 2007 de commissie geadviseerd tot nader onderzoek met betrekking tot een eventuele indicatie voor een STALIF. Een afschrift van dit advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster heeft na ontvangst van het advies van het CVZ bij brief van 10 januari 2008 afgezien van horen. De zorgverzekeraar heeft telefonisch medegedeeld om deze reden eveneens afgezien van horen.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster, een 51-jarige vrouw, is al jaren bekend met rug- en beenpijnproblemen. In 2004 heeft zij een herniaoperatie op niveau L5-S1 ondergaan. In 2005 is zij nogmaals geopereerd in verband met een relaminectomie bij een hernia op de niveaus L4-5 en L5-S 1. De huisarts heeft in juni 2006 een second opinion aangevraagd in de Alpha Klinik in München (Duitsland) wegens de aanhoudende pijnklachten van verzoekster.
- 4.2. Verzoekster is in juni 2006 voor de second opinion in de Alpha Klinik geweest. Hier is vastgesteld dat decompressie zinloos is, een fusieoperatie gecontraïndiceerd is en dat het plaatsen van een discusprothese op de niveaus L4-5 en L5-S1 een zinvol alternatief is. Op 7 juli 2006 is zij geopereerd en heeft een STALIF met behulp van een cage op niveau L5-S 1 plaatsgevonden, op niveau L4-5 is een discusprothese geplaatst. Na deze operatie had verzoekster slechts milde beenklachten .
- 4.3. Eind augustus 2006 is verzoekster opnieuw naar de Alpha Klinik gegaan. Vanaf de zesde week na de operatie op 7 juli 2006 kreeg zij plotseling tintelingen van de binnenzijde van de rechtersoet en een hallux rechts. In zowel het onderbeen als de voet ervoer zij een ondraaglijk pijnlijk, branderig gevoel en had zij last van krachtvermindering. Op 24 augustus 2007 is hiervoor een wortelblokkade op niveau L5-S1 uitgevoerd, echter zonder succes. Op 1 september 2006 is verzoekster opnieuw geopereerd.

reerd in de Alpha Klinik waarbij een microscopische decompressie van de wortels L5 en S1 heeft plaatsgevonden en tevens een laminectomie van het wervelkanaal op de niveaus L4-5 en L5-S1 is uitgevoerd .

- 4.4. Verzoekster stelt dat voor de second opinion toestemming is verleend en dat de STA-LIF met behulp van een cage "gebruikelijke zorg" is. Zij komt tot de conclusie dat alle behandelingen door de zorgverzekeraar tegen het in Nederland geldende marktconforme tarief dienen te worden vergoed.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de door verzoekster op 7 juli 2006 ondergane operatie het plaatsen van een discusprothese betreft, en dat deze behandelmethode naar internationaal medisch wetenschappelijke opvattingen niet voldoende beproefd en deugdelijk zijn bevonden. Deze operatie wordt daarom niet vergoed.

- 5.2. Voor de door verzoekster ondergane microscopische decompressie dient op grond van DBC-code 05.11.00.1365.0213 een bedrag van € 4.516,10 te worden vergoed. De nota van de second opinion is in eerste instantie vergoed op basis van DBC-code 05.11.00.1360.0111, waarbij een tarief hoort van € 235,35. Dit bedrag wordt echter verrekend met het tarief voor de behandeling indien na de second opinion met de behandeling wordt gestart. Het onderzoek wordt dan beschouwd als eerste onderzoek in het behandeltraject en valt daardoor binnen de DBC-code van die behandeling.

- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat niet meer hoeft te worden vergoed dan een bedrag van € 4.516,10.

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.

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 geregeld 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 gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Geneeskundige zorg is geregeld in artikel 13 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 15 bepaalt wanneer aanspraak op medisch-specialistische zorg

bestaat en onder welke voorwaarden. Hierin staat, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:

*"Omschrijving:
geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (. . .).*

*Door:
medisch specialist.*

*Verwijzing door:
huisarts, (. . .), medisch specialist.*

*Machtiging:
ja."*

Voorts wordt in artikel 2.3 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

"(. . .)Oe inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg;"

In artikel 10 zijn de uitsluitingen geregeld. Voor zover hier van belang bepaalt artikel 10.2:

*"Uitsluitingen
(. . .)
10.2 Zorg of vergoeding van kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg;
(. . .)."*

De mogelijkheid van vergoeding van de kosten in geval de zorg of dienst wordt betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geregeld in artikel 9.1 van de zorgverzekering. Voor zover in dit kader relevant, bepaalt dit artikel:

*"9.1.1 Verzekerden woonachtig in Nederland
De verzekerde die in Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:
- (. . .)
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorg instelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden."*

Vergoeding van kosten van niet-spoedeisende zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9.3 van de zorgverzekering Voor zover hier van belang wordt bepaald:

*"De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woon land, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:
(. . .)
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woon land van de verzekerde van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorg instelling, volgens het bepaalde in artikel*

12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden."

De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 12.4 van de zorgverzekering en luidt, voor zover in dit kader relevant:

"Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2005, zoals deze voor de betreffende 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 (. . .)."

- 7.3. De regeling van de artikelen 2, 9, 10, 12 en 15 is volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. 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. 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 vervolgens 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In het onderhavige geschil zijn de volgende vragen aan de orde.
1. Dient de second opinion door een medisch-specialist zelfstandig te worden vergoed, indien bij dezelfde medisch-specialist de behandeling volgt?
 2. Is de STALIF te beschouwen als zorg die naar de internationale stand van de wetenschap en praktijk wordt beschouwd als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden?
 3. Komt in dat geval de STALIF op niveau L5-S1 voor vergoeding in aanmerking indien tijdens dezelfde operatie een discusprothese, die niet als verzekerde prestatie wordt aangemerkt, op niveau L4-5 wordt geplaatst, en zo ja wat bedraagt het Nederlandse marktconforme tarief?
- 7.7. De eerste vraag wordt door de commissie als volgt beantwoord. Een second opinion is een tweede mening van een andere medisch-specialist dan de eerst geconsulteerde medisch-specialist, in verband met een bepaalde zorgvraag. Voor dergelijke onderzoeken zijn in de Nederlandse vergoedingssystematiek consult DBC's (Diagnose Behandel Combinaties) beschikbaar op grond waarvan een dergelijk, eenmalig consult kan worden gedeclareerd. Blijkens beleidsregel CI-884 van het CTG (thans NZa), zoals onder meer weergegeven in instructie DBC-registratie Orthopedie van de Stichting DBC-Onderhoud, kan geen sprake zijn van een consult DBC indien er direct

voortkomend uit het betreffende consult een vervolgspraak wordt gemaakt voor het betreffende specialisme. In die situatie dient een reguliere zorg DBC te worden geopend.

De commissie stelt op grond van de brief van 17 augustus 2006 van de behandelend medisch-specialist van de Alpha Klinik vast, dat uit het eerste consult ten behoeve van de second opinion eind juni 2006 een vervolg afspraak is gemaakt voor de behandeling. De commissie concludeert dat verzoekster geen aanspraak kan maken op een aparte vergoeding voor de second opinion naast een vergoeding voor de behandeling die op 7 juli 2006 heeft plaatsgevonden.

- 7.8. De tweede vraag is of een Stand Alone Anterieure Lumbale Intervertebrale Fusie (STALIF) bij symptomatische discopathie en postdisectomiesyndroom na twee maal een dorsale decompressie op de niveaus L4-5 en L5-S1 in 2004 en 2005, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.9. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.
- Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.
- Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 7.10. Indien uit tenminste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.
- Indien geen gerandomiseerde studies aangetroffen worden, wordt bewijsvoering van een lagere orde - waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en interna-

tionale medische beroepsgroepen - bij de beoordeling betrokken. waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling .

- 7.11. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot een STALIF bij symptomatische discopathie en postdissectomiesyndroom na twee maal een dorsale decompressie op de niveaus L4-5 en L5-S1 in 2004 en 2005 is door het CVZ in zijn advies van 11 december 2007 uitgevoerd. Hieruit blijkt dat sprake is van zorg die, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt die tot de hare.
- 7.12. Aangezien de STALIF tot de verzekerde prestaties behoort, komt de commissie toe aan beantwoording van de derde vraag. De STALIF is een behandeling die medisch gezien niet noodzakelijkerwijs gepaard hoeft te gaan met het plaatsen van een discoprothese en is daarmee te beschouwen als een zelfstandige behandeling die op zijn eigen merites beoordeeld dient te worden. Het feit dat de ene behandeling wel en de andere behandeling niet als een verzekerde prestatie kan worden aangemerkt, heeft slechts gevolgen voor de hoogte van de vergoeding.
- 7.13. Nu de indicatie en de verwijzing niet door de zorgverzekeraar zijn bestreden en derhalve tussen partijen niet ter discussie staan, komt de commissie toe aan de vaststelling van de hoogte van de vergoeding voor de STALIF. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcode (DBC). De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 05.11.00.1365.0213 ziet op een failed back surgery syndrome. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 4.516,10 ten tijde van de operatie. Bij de DBC-registratie kunnen zich echter specifieke situaties voordoen, die een andere DBC-code rechtvaardigen. Uit de Instructie DBC-registratie Orthopedie, zoals door de Nederlandse Zorg autoriteit gepubliceerd, blijkt dat bij plaatsing van een gewrichtsprothese tijdens een behandeling, het laatste deel van de DBC-code (213) - de zogenaamde behandelas -, vervangen mag worden door de behandelas 223. Op dit moment kunnen onder andere de volgende prothesen/implantaten (in combinatie met de bijbehorende operatie) met behandelas 223 worden geregistreerd:
- osteosynthesemateriaal wervelkolom;
 - rugimplantaten met osteosynthesemateriaal.
- 7.14. De commissie is dan ook van oordeel dat, gelet op artikel 12.4 van de zorgverzekering, door de zorgverzekeraar onder de gegeven omstandigheden niet de meest passende DBC-code is toegepast. De commissie stelt vast dat voor een door een orthopeed uitgevoerde spondylodese met behulp van een cage, DBC-code 05.11.00.1365.0223 van toepassing is. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 12.239,30 ten tijde van de aanvraag, zoals blijkt uit de NZa tariefapplicatie
- 7.15. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. In de Nederlandse tariefsystematiek doet daarbij niet ter zake of een decompressie op één, op twee, dan wel op meer niveaus plaatsvindt. Nu alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de

betreffende onderdelen zijn begrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie ook hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-code geëigend is .

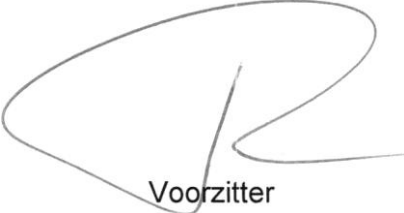
- 7.16. Het onder 7.14 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en worden geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, nu het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daar niet aan af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.
- 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.

- 7.17. Op grond van bovenstaande komt de commissie tot het oordeel dat de zorgverzekeraar voor de STALIF het verschil tussen het tarief van DBC-prestatiecode 05.11.00.1365.0223 en het reeds uitgekeerde bedrag van € 4.516,10 aan verzoekster dient te vergoeden, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 12.239,30 - € 4.516,10= € 7.723,20. Het meer verzochte wordt afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek, met inachtneming van het onder 7.17 bepaalde, toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan eiser dient te vergoeden een bedrag ad 37,00 euro.

Zeist, 16 januari 2008



Voorzitter