

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	:A te B, in deze vertegenwoordigd door de C vs D te E
Zaak	:Geneeskundige hulp, medisch specialistische zorg, percutane transforaminale endoscopische HNP-operatie
Zaaknummer	:ANO07.189
Zittingsdatum	:22 augustus 2007

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO07.189 (Geneeskundige hulp, medisch specialistische zorg, percutane transforaminale endoscopische HNP-operatie)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzekerde, in deze vertegenwoordigd door C, hierna te noemen verzoeker,

tegen

D te E, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 15 maart 2007 inzake het niet (volledig) vergoeden van een percutane transforaminale endoscopische HNP-operatie ten behoeve van verzekerde.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 15 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de kosten van de herniaoperatie van verzekerde niet voor volledige vergoeding in aanmerking komen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 28 april 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de volledige kosten van de herniaoperatie te voldoen.
- 3.5. 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.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 12 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 16 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 19 juli 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker op 20 juli 2007 afgezien, de zorgverzekeraar heeft op 27 juli 2007 aangegeven niet gehoord te willen horen.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 13 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met het bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzekerde is een 49-jarige vrouw. De medisch-specialist in de Rugkliniek Ipreburg te Heerenveen heeft een endoscopische decompressie L5/S1 rechts geïndiceerd. De kosten voor deze behandeling bedragen € 7.400,-. Verzoeker stelt dat hij vóór de betreffende operatie meerdere malen telefonisch contact heeft opgenomen met de zorgverzekeraar. In deze gesprekken is verzoeker meegedeeld dat de zorgverzekeraar nog geen contract met de betreffende kliniek had afgesloten, maar dat de operatie conform de toepasselijke DBC-prestatiecode vergoed zou worden. Verzoeker ging er vervolgens vanuit dat de kosten voor de operatie volledig vergoed zouden worden.
- 4.2. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar dezelfde operatie bij een andere verzekerde wel volledig heeft betaald. Verzoeker heeft bewijs van deze stelling overgelegd. Het verweer van de zorgverzekeraar dat hierbij sprake is geweest van een fout, accepteert verzoeker niet.
- 4.3. Verzoeker stelt voorts dat de zorgverzekeraar het tarief van het Medisch Centrum Leeuwarden hanteert, terwijl de onderhavige Rugkliniek Ipreburg geen relatie heeft met dit centrum. De onderhavige operatie wordt overigens nergens anders in Nederland uitgevoerd. Verzoeker is van mening dat sprake van willekeur is.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de onderhavige behandeling een DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) uit het zogenoemde B-segment betreft. Dit DBC-tarief bestaat uit vaste honorariumbedragen voor het hoofdspecialisme en anesthesiologie en (gedeeltelijk) vrije honorariumbedragen voor de ondersteunende en overige specialismen en voor de kosten van de instelling. Voor deze kosten kunnen prijsafspraken worden gemaakt.
- 5.2. De zorgverzekeraar heeft met de Rugkliniek Ipreburg geen prijsafspraken gemaakt. Met andere behandelcentra en ziekenhuizen in Nederland heeft de zorgverzekeraar voor de betreffende behandeling gemiddeld een prijs van € 3.500,- afgesproken. De zorgverzekeraar acht het door de Rugkliniek Ipreburg gehanteerde tarief van € 7.500,- buitenproportioneel hoog. In de onderhavige situatie heeft de zorgverzeke-

raar aansluiting gezocht bij het tarief dat is afgesproken met het Medisch Centrum Leeuwarden, welke instelling is gelegen in dezelfde regio. De zorgverzekeraar is van oordeel dat een vergoeding van € 4.628,05 een zeer redelijke vergoeding is, zeker gelet op de tarieven die gemiddeld voor de betreffende behandeling zijn overeengekomen.

- 5.3. De zorgverzekeraar erkent dat aan een andere verzekerde ten onrechte een vergoeding is verleend voor het gehele gefactureerde bedrag voor eenzelfde behandeling. Aan een ten onrechte verleende vergoeding kunnen zijns inziens geen rechten worden ontleend.
- 5.4. De zorgverzekeraar merkt tot slot op dat hij bij de toekenning van de vergoeding is uitgegaan van een reguliere endoscopische herniaoperatie. Inmiddels heeft de zorgverzekeraar begrepen dat de door de Rugkliniek Ipremburg uitgevoerde operaties percutane transforaminale endoscopische HNP-operaties zijn en dat het College voor zorgverzekeringen in een advies heeft aangegeven dat deze operatie-techniek als niet-gebruikelijke zorg beschouwd moet worden. Op grond van de polisvoorwaarden bestaat er in het geheel geen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg indien er sprake is van niet-gebruikelijke zorg.

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.

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 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.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg staat beschreven in artikel 12 van de zorgverzekering. Artikel 12.2 vermeldt, voor zover hier van belang:

“De kosten worden vergoed indien de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. (...) Verder wordt op de vergoeding ook in mindering gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.”

Artikel 12.3 vermeldt:

“Als de verzekerde gebruik maakt van zorg die door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die naar Nederlandse marktomstandigheden passend te achten zijn, zodat daarvoor geen bedragen in mindering gebracht behoeven te worden.”

- 7.3. Vergoeding voor medisch specialistische zorg staat vermeld in artikel 15 van de zorgverzekering.
- 7.4. Artikel 2.3 vermeldt dat aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg slechts bestaat indien en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.
Is aan deze laatste voorwaarde niet voldaan, dan sluit artikel 10.2 van de zorgverzekering vergoeding van kosten uit.
- 7.5. De regeling van de artikelen 2, 10, 12 en 15 is volgens artikel 2.11 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.6. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar inhoud en omvang omschreven in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 van het Bzv. In artikel 2.2 van het Bzv wordt bepaald dat kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn, in mindering worden gebracht op de vergoeding.
- 7.7. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8. De commissie merkt vervolgens op dat de vraag of de onderhavige behandeling al dan niet als gebruikelijke zorg dient te worden beschouwd, in het midden kan blijven. Gelet op de brief van de zorgverzekeraar van 15 maart 2007, waarin hij toezegt de kosten voor de herniaoperatie gedeeltelijk te vergoeden, is in dit geval de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg niet in geschil.
- 7.9. Rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. Voor deze specifieke behandeling is geen tarief overeengekomen of vastgesteld, zodat in die zin een basis voor de vaststelling van de vergoeding ontbreekt. De zorgverzekeraar is bij de bepaling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van een reguliere herniaoperatie. De gemiddelde kosten hiervan heeft de zorgverzekeraar op € 3.500,- gesteld. Door verzoeker is niet, althans onvoldoende weersproken dat dit bedrag als uitgangspunt voor

de vergoeding kan gelden. In de onderhavige situatie heeft de zorgverzekeraar uiteindelijk zelfs een hoger bedrag, te weten € 4.628,05, aan verzoeker toegekend.

- 7.10. De commissie merkt nog op dat verzekerde doordat zij, vóórdát door de zorgverzekeraar op haar verzoek was gereageerd, de operatie heeft laten uitvoeren, het risico heeft aanvaard dat haar achteraf zou blijken dat (een gedeelte van) de kosten voor haar rekening zouden blijven.
- 7.11. Met betrekking tot de volledige vergoeding aan een andere verzekerde, oordeelt de commissie tot slot dat verzoeker geen rechten kan ontlenen aan een éénmaal, aan een derde en kennelijk ten onrechte verleende vergoeding.
- 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.

Zeist, 5 september 2007

Voorzitter