



BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, Percutane Transforaminale Endoscopische
discectomie (PTED)
Zaaknummer : 2008.01940
Zittingsdatum : 3 december 2008

Zaak: 2008.01940, geneeskundige zorg, Percutane Transforaminale Endoscopische discectomie (PTED)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10 en 11 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 ziektekostenverzekeraar.

De bestreden beslissing

2. Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 18 april 2008 door hem ondergane rugoperatie niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoeker op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Zorg Garant Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "wervelkanaalstenose op niveau L2-3 en een mediale HNP op niveau L5-S1 met sequestratie ". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een Percutane transforaminale Endoscopische discectomie (hierna: PTED)" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij declaratieoverzicht van 18 april 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 21 februari 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden .
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 16 juni 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld voor de ondergane rugoperatie een bedrag van € 2.532,35 te vergoeden en voor de diagnostische MRI een bedrag van € 93,85 uit te keren.

- 3.5. Bij brief van 21 augustus 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering .
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 25 september 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 oktober 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 november 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 10 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 29 oktober 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de door verzoeker ondergane behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 december 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 3 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 5 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 zijn neuroloog, gezien de pijnen die hij leed, de onderhavige behandeling medisch noodzakelijk vond.
- 4.2. Verzoeker stelt dat een dergelijke behandeling in een regulier ziekenhuis € 4.500,00 kost vermeerderd met een bedrag van € 1.300 aan ligdagen. Een aantal ziektekostenverzekeraars vergoeden de door hem ondergane behandeling voor een veel hoger bedrag
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van een rekening van € 3.000,00, terwijl de nota € 7.400,00 bedroeg.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat endoscopische herniaoperaties al sinds het eind van de jaren negentig gemeengoed zijn in Nederland.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen .

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de door verzoeker ondergane behandeling heeft plaatsgevonden in een particuliere kliniek, niet zijnde een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandelcentrum (hierna: ZBC) als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Om die reden behoort de behandeling in beginsel niet voor vergoeding in aanmerking te komen.

5.2. De aan verzoeker verleende vergoeding dient te worden beschouwd als een coulan-cevergoeding, welke hoger is dan het marktconforme bedrag dat de ziektekostenverzekeraar in het kader van de vrij onderhandelbare DBC-prestatiecodes voor de onderhavige ingreep met zorgverleners is overeengekomen ..

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de onderhavige zorg overigens geen verzekerde prestatie is. De vergoeding is verleend op basis van coulance. Bovendien wordt door de behandelend arts een bovenmatig hoog bedrag in rekening gebracht.

5.4. De ziektekostenverzekeraar 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 en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is de hoogte van de vergoeding voor de door verzoeker ondergane geneeskundige zorg, te weten een PTED, op grond van de basisverzekering dan wel de aanvullende verzekering dan wel op basis van beiden.

De Zorgverzekering

7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 12 van de zorgverzekering.

Artikel 12.5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover relevant wordt hier bepaald:

"MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG ARTIKEL 12.5.1

Algemeen

U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg door een medisch-specialist in een ziekenhuis, ZAC of huispraktijk. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Deze zorg kan in rekening wor-

den gebracht door middel van het DBC-tarief als de zorg wordt verleend:

- door of vanwege een ziekenhuis;
- in een ZBC;
- in de huispraktijk van een medisch-specialist."

- 7.3. De regeling in artikel 12 van de zorgverzekering is volgens artikel 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de 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 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, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorg polis 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. 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. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat met het bij brief van 25 september 2008 afwijzen van de vergoeding omdat verzoeker is behandeld in een particuliere kliniek, waarmee de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, en die niet kan worden gekwalificeerd als ziekenhuis of ZBC, de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg en de indicatie in dit geschil is beantwoord.
- 7.7. In geschil is of de kliniek waar verzoeker is behandeld is te beschouwen als een ziekenhuis of ZBC, en of dit consequenties heeft voor de hoogte van de vergoeding.
- 7.8. Op de website van de Rugkliniek Ipreburg staat vermeld dat de handelsnaam is van de Stichting Spi ne Care te Zeijen (gemeente Tynaarlo), en dat deze Stichting op 31 mei 2007 is erkend als Instelling voor Medisch Specialistische Zorg (IMSZ). Door de invoering van de Wet toelating zorginstellingen bestaat de term zelfstandig behandelcentrum (ZBC) niet meer. Er bestaan nog uitsluitend Instellingen voor Medisch Specialistische Zorg (IMSZ). Dit is ook de officiële aanduiding voor algemene, academische en categorale ziekenhuizen. De voormalige ZBC's onderscheiden zich van ziekenhuizen of andere instellingen voor medisch-specialistische zorg, doordat ze geen zorg met verblijf leveren in het A-segment.
- Om een duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen de IMSZ mét en de IMSZ zonder zorg met verblijf in het A-segment, wordt door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de oude term ZBC als nadere aanduiding nog gehanteerd. Uit de lijst van toegelaten instellingen blijkt vervolgens dat de Stichting Spine Care te Zeijen als "Instelling voor medisch specialistische zorg ZaG" is geregistreerd.



Uit de Jaarverantwoording zorginstellingen 2007 zoals dat is gedeponneerd bij het Ministerie van VWS blijkt dat de Stichting Spine Care de handelsnaam Rugkliniek Ipremburg voert .

- 7.9. De commissie komt op grond van bovenstaande tot het oordeel dat de Rugkliniek Ipremburg is te kwalificeren als ZBC als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, zodat om die reden en tegen de achtergrond van hetgeen onder 7.6 is geoordeeld, de onderhavige behandeling ten laste van de zorgverzekering dient te worden vergoed en niet, zoals de ziektekostenverzekeraar stelt, berust op een coulancevergoeding. Rest de hoogte van de vergoeding.
- 7.10. Dienaangaande zij opgemerkt dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat ligdagen tegen een onevenredig hoge prijs in rekening zijn gebracht, de commissie onbegrijpelijk voorkomt. Uit de rekening van de behandelend arts blijkt niet dat ligdagen in rekening zijn gebracht. Uit het operatieverslag blijkt dat verzoeker een uur na de operatie lopen het ziekenhuis heeft verlaten. Ook de door de zorgverlener gehanteerde DBC-prestatiecode ziet op een dagopname.
- 7.11. Met betrekking tot het tarief voor de onderhavige operatie oordeelt de commissie als volgt. In Nederland worden behandelingstrajecten 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 zorgverlener gehanteerde DBC-prestatiecode 05.11.00.1360.0212 ziet op orthopedie/reguliere zorg/HNP, Thoracale/lumbale wervelkolom/operatief met dagopname. Dit betreft op het moment van de operatie een DBC-prestatiecode uit het B-segment, waarvoor de tarieven voor de ziekenhuiskosten ter vrije onderhandeling tussen zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar staan.
- 7.12. De ziektekostenverzekeraar heeft met de Rugkliniek Ipremburg geen contract afgesloten. Het door deze kliniek in rekening gebrachte bedrag van € 7.400,00 voor de onderhavige behandeling kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet worden teruggeworpen. Het door de ziektekostenverzekeraar uitgekeerde bedrag van € 2.532,35 komt de commissie in het licht van de gemiddelde prijzen voor deze behandeling niet onredelijk voor.
- 7.13. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht, hetgeen met zoveel woorden eveneens is bepaald in artikel 1 van deel A van de zorgverzekering. Aangezien alle meegezonden rekeningen, behoudens die van reis- en verblijfskosten, betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn begrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-tariefcode is geëigend. Overigens komt de declaratie van een tweede DBC-prestatiecode (de zogenaamde parallelle DBC-prestatiecode) pas aan de orde indien sprake is van een extra zorgvraag (een andere dan de al bestaande zorgvraag) én sprake van "substantieel meer kosten voor het ziekenhuis c.q. meer inzet door de medisch specialist". Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de situatie van verzoekster sprake is.
- 7.14. Het onder 7.6 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toe-

reikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.

De aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.15. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) de onderhavige zorg is geregeld in artikel 11.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierin wordt, voor over relevant het volgende bepaald:

"U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg zoals in dit artikel omschreven door een medisch specialist in een door de zorgverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis of een door de zorgverzekeraar gecontracteerde ZaG"

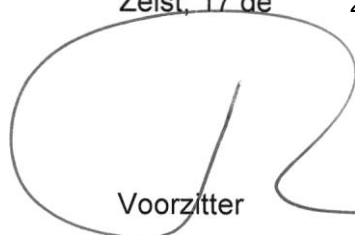
- 7.16. De behandeling van verzoeker heeft plaatsgevonden in een niet door de ziektekostenverzekeraar *gecontracteerde* ZBC. De onderhavige behandeling kan derhalve niet ten laste van de aanvullende verzekering worden vergoed.

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

17 december
Zeist, 17 de 2008,


Voorzitter