

ANONIEM

Bindend Advies

Partijen : A te B versus C te D
Zaak : geneeskundige zorg, ooginjecties, Avastin
Zaaknummer : 2007.01619
Zittingsdatum : 23 januari 2008

Zaak: 2007.01619, geneeskundige zorg, ooginjecties, Avastin

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 13 maart 2007 ooginjecties met Avastin niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (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, van de Zvw.
- 3.2. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door haar gewenste zorg bestaande uit “Lucentis injecties” ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar verzoek is afgewezen.
- 3.3. Vanaf maart 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 25 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven en dat de behandeling met Avastin geen gebruikelijke behandeling is.
- 3.5. Bij brief van 26 juli 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.6. 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 27 augustus 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Hierin werd aangegeven dat

verzoekster wel voor behandeling met Avastin in aanmerking kwam. Een afschrift hiervan is op 28 augustus aan verzoekster toegezonden.

- 3.8. Bij brief van 28 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster laten weten over te gaan tot vergoeding van het bedrag van € 736,02 zijnde 90% van het bij deze behandeling horende tarief (DBC-code 01.11.000707.0032).
- 3.9. Op 30 oktober 2007 heeft verzoekster laten weten niet akkoord te gaan met genoemde vergoeding. Bij brief van 19 november 2007 lichtte de zorgverzekeraar zijn beslissing toe, en stelde de vergoeding naar beneden bij. Per abuis was 100% van het DBC-tarief vergoed in plaats van 90%. Verzoekster heeft € 662,42 overgemaakt gekregen.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 december 2007 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 19 december 2007 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.11. Bij brief van 3 december 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 28 december 2007 de commissie geadviseerd de aanspraak toe te wijzen en daarbij uit te gaan van de DBC voor het jaar 2007 op de grond dat zowel injecties met Avastin als met Lucentis tot de verstrekking medisch specialistische zorg behoren, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Een afschrift van dit CVZ-advies is tezamen met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de oogarts voor haar aandoening in eerste instantie Lucentis en in twee instantie Avastin injecties in beide ogen indiceerde. De behandelend arts goede ervaringen met dit laatst genoemd middel had en volgens de stand der wetenschap betreft het hier een erkende behandeling. De injecties zijn door The Science Magazine zelfs uitgeroepen tot belangrijkste medische doorbraak van het jaar 2006.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 na een in eerste instantie afwijzende houding, wordt erkend dat het injecteren met Avastin in casu een geëigende behandeling is. Verzoekster komt in aanmerking voor vergoeding van twee maal DBC code 01.11.000707.0032, aangezien behandeling van beide ogen noodzakelijk is.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat initieel de aanvraag van verzoekster onterecht is afgewezen en gaat over tot vergoeding van € 662,42.

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 ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 2 lid 4 en 20 van de zorgverzekering. Artikel 20 lid 1 van de zorgverzekering sluit expliciet die behandelingen uit, welke niet onder de zorg vallen die medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Artikel 2 lid 4 bepaalt dat de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg naar inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 7.2. Artikel 4 van het restitutiereglement, behorende bij de zorgverzekering, stelt dat als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat tot ten hoogste 90% van het voor de betreffende zorg geldende WTG-tarief.
- 7.3. De regeling in artikelen 2 lid 4 en 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de algemene voorwaarden 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 lid 1 en 2.4 van het Bzv. Artikel 2.1 lid 2 beperkt de inhoud en de omvang van de zorg of diensten tot hetgeen naar de stand van de wetenschap en praktijk te gelden heeft als geneeskundige zorg. Bij het ontbreken van een zodanige maatstaf geldt hetgeen dat in het betrokken vakgebied te gelden heeft als verantwoorde en adequate zorg.
- 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 van mening dat gezien de brieven van de zorgverzekeraar van 28 september en 19 november 2007, waarin hij toezegt een gedeelte van de kosten van de behandeling te vergoeden, de vraag of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk, buiten dit geschil blijft.
- 7.7. Het onderhavige geschil spitst zich dan ook enkel toe op de hoogte van de vergoeding. De door zorgverzekeraar toegezegde vergoeding van € 662,42 is gebaseerd op DBC-code 01.11.000707.0032. Hierbij behoort, volgens de tariefapplicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit een tarief van € 368,01 per oog als men peiljaar 2006 neemt. Echter, het gaat in deze om het jaar 2007. Het bedrag komt voor 2007 op € 1.251,70 per oog. Aangezien verzoekster bij een niet-gecontracteerde zorgverlener de zorg heeft afgenomen heeft zij ingevolge het Resitutie Reglement van de zorg-

verzekeraar recht op 90% van het reguliere DBC tarief zoals gold ten tijde van de ondergane behandeling. In casu heeft verzoekster recht op: € 2.253,06 (2 x € 1.251,70 x 0,9). Aangezien door de zorgverzekeraar reeds een bedrag van € 662,42 aan verzoekster is betaald, staat nog een na te betalen bedrag van € 1.590,64 open.

7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 7.7 is overwogen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe en gelast de zorgverzekeraar tot nabetaling van een bedrag van € 1.590,64.

8.2. De commissie bepaalt voort dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 23 januari 2008.

Voorzitter