

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, PTED, ongeclausuleerde toezegging
Zaaknummer : 2008.0290
Zittingsdatum : 23 april 2008

Zaak: 2008.0290, geneeskundige zorg, PTED, ongeclausleerde toezegging

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (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: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2 De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 12 april 2007 de door haar gewenste behandeling te vergoeden tot maximaal € 2.270,22.

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 Basispolis (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 Zvw.
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "HNP op niveau L5-S1". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door haar gewenste zorg bestaande uit "een percutane transforaminale endoscopische discectomie op niveau L5-S 1" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 22 mei 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 28 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 16 januari 2008 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 moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 20 februari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 februari 2008 aan verzoekster toegezonden .
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 maart 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 29 februari 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 27 maart 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de PTED op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk, niet behoort tot zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en verzoekster voorts via de website van de zorgverzekeraar kennis had kunnen nemen van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 23 april 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 24 april 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 CZV bij brief van 6 mei 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij, voorafgaande aan de prolongatie van haar zorgverzekering voor 2007, de zorgverzekeraar in december 2006 een e-mail heeft gezonden met de volgende inhoud:

"vraag: Wordt in 2007 de kosten van een hernia-operatie vergoed die middels PTED techniek wordt verricht? Dit kan in ZBC Holystaete te Heerenveen door Drs. M. Ipremburg voorheen werkzaam in het Wilhelmina Ziekenhuis te Assen. (. .)"

Hierop heeft verzoekster op 20 december 2006 per e-mail het volgende antwoord van de zorgverzekeraar ontvangen:

"Bedankt voor u mail waarin u informeert naar de vergoeding voor hernia-operatie. Deze valt gewoon onder de vergoeding van de basisverzekering. Als u doorverwezen wordt naar een specialist. U kunt voor de zekerheid navragen bij de specialist of wij een machtiging hiervoor nodig hebben. Hij weet precies hoe dit zit (. .)."

- 4.2. Op grond van deze e-mail stelt verzoekster dat de zorgverzekeraar haar de toezegging heeft gedaan de door haar gevraagde en op 22 mei 2007 ondergane PTED op niveau L5-S 1 te vergoeden. Het argument van de zorgverzekeraar dat de Rugkliniek Ipremburg niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd wordt door haar betwist. De Rugkliniek Ipremburg is gevestigd in het ZBC Holystaete. Het feit dat het de facto om



- twee verschillende klinieken gaat kan haar derhalve niet worden tegengeworpen.
- 4.3. 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 slechts in algemene bewoordingen is aangegeven dat een herniaoperatie wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Niets meer en niets minder.
- 5.2. De herniaoperatie middels PTED techniek in het ZBC Holystaete te Heerenveen door drs. M. Ipreburg valt onder de vergoeding van de basisverzekering. Verzoekster heeft echter een endoscopische HNP operatie aan de lumbale wervelkolom ondergaan.
- 5.3. Voorts is aangegeven dat de vergoeding voor de herniaoperatie beperkt is omdat verzoekster naar de Rugkliniek Ipreburg is gegaan waarmee geen overeenkomst is gesloten. Dit in tegenstelling tot de ZBC Holystaete te Heerenveen waarmee wel een overeenkomst is gesloten.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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.

De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de "Lijst van Aanspraken" van de zorgverzekering. Artikel 2 van de "Lijst van Aanspraken" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op Medisch-specialistische zorg en onderzoek bestaat.

"a. Niet-klinische medisch-specialistische zorg (. . .)

Omschrijving:

Onderzoek of medische behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum of door een extra-muraal werkende medisch specialist. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen hulpmiddelen en verband middelen .

Zorgverlening: medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum of een extra-muraal werkende medisch specialist

Prestatie: vergoeding van de kosten.

Verwijzing: huisarts, (. . .) of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

(. .)"

Artikel 8 van de algemene voorwaarden bepaalt ten aanzien van toestemming en verwijzing het volgende:

*"1. Als volgens de lijst van aanspraken toestemming vooraf dient te worden aangevraagd, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor vergoeding van de betreffende zorg bij de verzekeraar te worden aangevraagd. (. . .)
3. Als dit is aangegeven in de lijst van aanspraken, dient er een verwijzing van een andere zorg verlener te zijn. Als de verzekerde voor de betreffende zorg een declaratie indient bij de verzekeraar, moet hij de verwijzing bij deze declaratie voegen.(. . .)"*

- 7.2. De regeling in artikel 2 van de "Lijst van aanspraken en in artikel 8 van de Algemene Voorwaarden van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, alsook die van de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid in dit geval niet langer in geschil zijn. Met de bevestiging door de zorgverzekeraar bij brief van 20 februari 2008 dat een hernia-operatie middels PTED techniek onder de vergoeding van de basisverzekering valt en het schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar op 12 april 2007 voor een HNP rughernia behandeling in dagopname, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg en de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid niet meer relevant.
- 7.6. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of verzoekster aan de inhoud van het e-mail van de zorgverzekeraar van 20 december 2006 het vertrouwen mocht ontlenen dat een ongeclausuleerde toezegging is gedaan op grond waarvan de door haar op 22 mei 2007 ondergane behandeling voor volledige vergoeding in aanmerking komt.
- 7.7. De commissie oordeelt als volgt. De zorgverzekeraar heeft bij e-mail van 20 december 2006 op de vraag van verzoekster of een herniaoperatie middels de PTED techniek wordt vergoed, geantwoord dat een hernia-operatie gewoon wordt vergoed, mits verzoekster daarvoor over een verwijzing naar een specialist beschikt.
Nu deze mededeling van de zorgverzekeraar een reactie is op een concrete vraag over de vergoeding van een bij name genoemde operatietechniek, moet het ervoor gehouden worden dat verzoekster daaruit begrepen mocht hebben dat een hernia-operatie middels de PTED techniek door de zorgverzekeraar wordt vergoed.

- 7.8. Voor zover de zorgverzekeraar stelt dat verzoekster een andere operatie heeft ondergaan, oordeelt de commissie als volgt. Hoewel de kostenraming van 28 maart 2007 spreekt van een endoscopische decompressie, met DBC-prestatiecode 11.00.1360.0212, had het de zorgverzekeraar uit de begeleidende brief van de behandelend orthopedisch chirurg van dezelfde datum duidelijk moeten zijn dat het hier de operatietechniek 'percutane transforaminale endoscopische discectomie' betrof. Voor zover dit de zorgverzekeraar is ontgaan, had het op zijn weg gelegen bij de declaratie van de onderhavige behandeling een verslag van de behandeling op te vragen, waaruit blijkt dat sprake is van een transforaminale benadering. Dit klemmt des te meer omdat deze orthopedische chirurg landelijk bekend is om zijn unieke endoscopische procedure, zoals ook op zijn website is te lezen.
- 7.9. Het verweer van de zorgverzekeraar dat verzoekster is behandeld in een kliniek waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten, is naar het oordeel van de commissie niet relevant. Verzoekster heeft een klassieke restitutiepolis afgesloten met de zorgverzekeraar, waarin geen voorbehoud is gemaakt ten aanzien van gecontracteerde zorgverleners. Het is derhalve aan verzoekster te bepalen waar zij haar zorg inkoopt. Zolang aan de overige voorwaarden van de zorgverzekering is voldaan, kan zij aanspraak maken op vergoeding van de kosten daarvan.
- 7.10. Op grond van bovenstaande komt de commissie tot de conclusie dat verzoekster op grond van de e-mail van 20 december 2006 mocht verwachten dat de door haar ondergane behandeling, waarvoor zij over een verwijzing vooraf door haar huisarts beschikt, voor vergoeding in aanmerking komt.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de zorgverzekeraar gehouden is een bedrag van € 4.930,00 (€ 7.200,00 minus de reeds uitgekeerde € 2.270,00,00) aan verzoekster dient uit te keren.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek, met inachtneming van het onder 7.11 bepaalde, toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist 14 mei 2008,

Voorzitter