

Zaak: 2007.2268, geneeskundige zorg, buitenland, haemorrhoidetomie en coloscopie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 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 zorgverzekeraar.

2 De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen na te melden besluit van de zorgverzekeraar van 27 november 2006 de vergoeding voor de door hem in Duitsland ondergane haemorrhoidectomie en coloscopie gedeeltelijk af te wijzen.

3 Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Polis Restitutie (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. De behandelend algemeen chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "Haemorrhoiden stadium I/IV". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij brief van 16 november 2006 bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem gewenste zorg in Duitsland bestaande uit "een coloscopie en een haemorrhoidectomie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 november 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 17 september 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 bij brief van 21 december 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 januari 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 januari 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 6 februari 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 3 januari 2008 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 25 januari 2008 zijn voorlopige advies gegeven en de commissie geadviseerd het verzoek toe te wijzen omdat de zorgvraag 'rectaal bloedverlies' het openen van een DBC voor de coloscopie rechtvaardigt. Een afschrift van dit advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Op grond van het CVZ advies heeft verzoeker op 22 februari 2008 telefonisch afgezien van horen. De zorgverzekeraar heeft op 26 februari 2008 aangegeven evenmin te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij al jaren bekend is met haemorroïden. In de eerste instantie zijn deze door zijn medisch-specialist in Duitsland conservatief behandeld. Omdat deze behandeling niet afdoende bleek, heeft op 7 augustus 2007 eerst een coloscopie plaatsgevonden om een mogelijk hoger in de darmen gelegen oorzaak voor het bloedverlies uit te sluiten. Op 15 september 2007 is hij vervolgens aan zijn haemorroïden geopereerd.
- 4.2. De coloscopie heeft € 451,22 gekost, voor operatieve behandeling van de haemorroïden is € 1.269,77 in rekening gebracht. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar de vergoeding van de behandeling van de haemorroïden moet baseren op DBC-prestatiecode 03.11.00.0117.0202 omdat hij opgenomen is geweest, hetgeen voor een dergelijke behandeling niet ongebruikelijk is. De vergoeding voor coloscopie ten behoeve van het stellen van de differentiaaldiagnose dient volgens verzoeker op basis van een tweede DBC-prestatiecode plaatsvinden.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 de ondergane behandeling om de haemorroïden te verwijderen onder DBC-prestatiecode 03.11.00.0117.0202 gedeclareerd dient te worden. Hierbij hoort een tarief van € 751,80. Op basis van de ontvangen nota's en de brief van de behandelend arts, is € 825,90 vergoed .
- Dat eerst conservatief is behandeld met scleroseren en later alsnog operatief is ingegrepen maakt dit niet anders omdat uitgegaan wordt van dezelfde zorgvraag. De preventieve coloscopie rechtvaardigt geen opening van een parallelle DBC-prestatiecode .

5.2. Naar aanleiding van het CVZ advies heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld voor de coloscopie alsnog een bedrag van € 433,00 te vergoeden op grond van declaratiecode 34686, die ziet op een coloscopie.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoek(st)er 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.

7. 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 18 tot en met 43 van de zorgverzekering. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, regelt dit artikel:

"Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek. (. . .) De aanspraak omvat tevens de toe te passen materialen (zoals geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen).

(. . .)

Door: medisch specialist.

(. . .)

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief

Bijzonderheden:

- 1. onder medisch specialistische zorg wordt tevens verstaan de zorg die onder de medische verantwoordelijkheid van een medisch specialist wordt geleverd door derden, die medisch bevoegd zijn, zoals assistent-geneeskundigen, (gespecialiseerd) verpleegkundigen en orthoptisten;*
- 2. onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt tevens verstaan verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg;*

(. . .)"

Ten aanzien van de vergoeding van de kosten van zorg, genoten in het buitenland, regelt artikel 9.2., voor zover hier relevant, het navolgende:

"9.2. Als de verzekerde woonachtig is dan wel tijdelijk verblijft in een ander EU-land, EER-staat of verdragsland dan Nederland, heeft de verzekerde naar keuze:
- aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;

- aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering;
 - tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. "

- 7.2. De regeling in de artikelen 9 en 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 1.57 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.
 Medisch-specialistische 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 bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht hetgeen de verzekerde als eigen bijdragen had moeten betalen indien hij of zij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten alsmede de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de volgende vragen. Welke DBC-prestatiecode heeft als basis te gelden voor de declaratie van de door verzoeker in Duitsland ondergane operatieve behandeling van zijn haemorroïden? Dient de zorgverzekeraar de coloscopie op basis van een tweede DBC-prestatiecode te vergoeden?
- 7.6. De commissie concludeert op grond van de in het dossier aanwezige stukken dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in dit geval onbeantwoord kan blijven. Met het vergoeden van de declaratie door de zorgverzekeraar op 1 maart 2007 van de haemorrhoidectomie, is de beoordeling van de gebruikelijkheid, de indicatie en de doelmatigheid van de onderhavige zorg in het onderhavige geval immers niet meer relevant.
- 7.7. De door de zorgverzekeraar en verzoeker genoemde DBC-prestatiecode 03.11.00.0117.0202, gezocht op de maand van de behandeling van de haemorroïden, staat voor 'reguliere zorg / haemorroïden / operatief met dagopname(n)'. Dit betreft echter een DBC-prestatiecode uit het A-segment. De commissie is van oordeel dat, mede gelet op artikel 20 van de zorgverzekering, gezien de zorg die verzoeker heeft ontvangen, dit de meest passende DBC-prestatiecode is. Het bij die code behorende tarief, te weten € 825,90 ten tijde van de aanvraag, is een niet voor discussie vatbaar gegeven .
- 7.8. Voor zover het verzoek ziet op de separate vergoeding van de coloscopie oordeelt de commissie als volgt. Met behulp van één DBC-prestatiecode wordt een zorgtraject van een patiënt geregistreerd. Een zorgtraject bevat het geheel van activiteiten in het ziekenhuis, die een patiënt op basis van zijn zorgvraag bij een bepaald specialisme

nodig heeft. Het omvat de diagnosestelling, behandeling *en/of* nazorg van het eerste onderzoek/poli bezoek tot en met het laatste onderzoek/(na)controle. Onder omstandigheden kan de opening van een tweede DBC-prestatiecode gerechtvaardigd zijn. De zorgvraag 'buikpijn en rectale bloedverlies' rechtvaardigt blijkens het advies van het CVZ van 25 januari 2008 de opening van een tweede DBC-prestatiecode. De commissie volgt het CVZ hierin.

De zorgverzekeraar heeft naar aanleiding van het hem toegezonden CVZ advies op basis van decaratiecode 34686 die staat voor een 'avp coloscopie' een additionele vergoeding van € 433,00 aan verzoeker uitgekeerd.

- 7.9. Voor zover wordt voorgesteld een avp tariefcode te gebruiken, merkt de commissie op dat op grond van paragraaf 5 van de Instructie DBC-registratie MDL 2007 een avp uitsluitend kan worden gedeclareerd indien deze wordt uitgevoerd op aanvraag van de eerste lijn, respectievelijk een specialisme dat geen DBC registreert of een ander ziekenhuis, in het kader van de wederzijdse dienstverlening. Hiervan is in de onderhavige situatie geen sprake.
- Anders dan het CVZ stelt de commissie voorts vast dat de onderhavige zorg in het buitenland is genoten en dat beide behandelingen aldaar door één medisch-specialist zijn uitgevoerd. Op grond van deze feitelijkheid komt de commissie tot de conclusie dat eventueel een parallelle DBC-prestatiecode mag worden gedeclareerd. Voorwaarde is daarbij, naast de tweede zorgvraag, dat sprake is van substantiële meerkosten. Daarvan is in dit geval sprake. Als parallelle DBC-prestatiecode komt in aanmerking de code 18.11.00.0612.0102. Deze staat voor 'reguliere zorg / bloeding distale tractus digestivus/ reguliere behandeling poliklinisch'. Dit betreft een DBC-prestatiecode uit het A-segment. Het bij die code behorende tarief, te weten € 658,05 ten tijde van de behandeling, is een niet voor discussie vatbaar gegeven. Aangezien de vergoeding van kosten niet meer kan bedragen dan de gemaakte kosten, komt maximaal € 451,22, de werkelijk gemaakte kosten voor de coloscopie, daarvan voor vergoeding in aanmerking .
- 7.10. De onder 7.7 en 7.8 bedoelde DBC-tarieven zijn 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 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 scholing staken 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 .
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat de zorgverzekeraar voor de coloscopie een additionele vergoeding van € 451,22 - € 433,00 = € 18,22 dient uit te keren.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 7.11 .

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

Zeist, februari 2008,


Voorzitter