



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, behandeling/onderzoek uroloog,
vergoeding nota, (vervolg-)DBC
Zaaknummer : 201600613
Zittingsdatum : 9 november 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11, 19-22 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17-2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Extra Zorg 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Extra Tand 1 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een behandeling/onderzoek bij de uroloog, uitgevoerd op 12 november 2015 te Aken (Duitsland), ten bedrage van € 161,28 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een nabetaling heeft gedaan van € 84,17.

3.4. Bij brief van 12 juli 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 september 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 september 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 september 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 14 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016116317) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC passend is. Als geen sprake is van een nieuwe zorgvraag, kan geen nieuwe DBC worden geopend. Verzoeker is een voor de zorgverlener bekende patiënt en er is sprake van precies dezelfde primaire diagnose. Volgens de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit moet, als een initiële DBC 365 dagen open staat en de behandeling nog niet is afgerond, een vervolg-DBC worden geopend. Een vervolg-DBC valt altijd onder hetzelfde zorgtraject als de bijbehorende initiële DBC. Voor zowel de initiële DBC als de vervolg-DBC is een marktconform tarief vastgesteld en toegepast. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 oktober 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is al achttien jaar verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Omdat hij woonachtig is in de grensstreek, maakt verzoeker gebruik van zorg in Duitsland. De zorg in Duitsland is kwalitatief hoogstaand. Bovendien zijn de kosten van zorg aldaar zelden hoger dan in Nederland. Verzoeker heeft bewust ervoor gekozen bij de ziektekostenverzekeraar een restitutiepolis af te sluiten. Hierdoor heeft verzoeker de vrije keuze voor zorgverleners. In de afgelopen jaren heeft noch verzoeker noch een zorgverlener toestemming hoeven te vragen aan de ziektekostenverzekeraar voor enige behandeling.
- 4.2. De huisarts heeft het volgende over verzoeker verklaard: "*Hierbij verwijs ik [verzoeker] met het volgende actuele probleem: recidiverende klachten prostatitis (...) Graag uw onderzoek en advies*", en heeft hem verwezen naar de uroloog in Aken.
- 4.3. Verzoeker is in verband met medische klachten onder controle bij een uroloog in Aken. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een nota ten bedrage van € 161,28 van de uroloog, in verband met een behandeling/onderzoek op 12 november 2015, gedeclareerd. Hierbij was een verwijzing (jaarkaart) van de huisarts gevoegd. In eerste instantie deelde de ziektekostenverzekeraar mede dat de nota niet werd vergoed op de grond dat een maximumvergoeding van toepassing is, en verzoeker dit maximum al had ontvangen of bereikt met de nota. Aangezien verzoeker onbekend is met het gegeven dat maximumvergoedingen gelden voor urologische behandelingen/onderzoeken en dit niet is opgenomen in de polisvoorwaarden, is telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De medewerker deelde mede dat de maximumvergoeding ook haar vreemd voorkwam, en vroeg een herziening van de declaratie aan. Verzoeker zou binnen vijf dagen een bericht krijgen. Het bericht bleef echter uit, en verzoeker heeft hierover meerdere keren contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft niet geleid tot een uitleg over de geweigerde vergoeding. De uroloog vond het noodzakelijk dat radiologisch onderzoek (MRT/MRI-scan) werd uitgevoerd. Dit heeft op 1 december 2015 plaatsgevonden in Duitsland. De ziektekostenverzekeraar heeft deze - latere - declaratie van de nota voor het radiologisch onderzoek ten bedrage van € 700,75 wèl - gedeeltelijk - vergoed, hetgeen opmerkelijk is. Naar aanleiding van zijn klacht, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 24 februari 2016 telefonisch benaderd. De gegeven uitleg was voor verzoeker onduidelijk, en bovendien

raakte de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar snel geïrriteerd. Derhalve is verzocht om een schriftelijke reactie, die door verzoeker is ontvangen. In deze brief hanteert de ziektekostenverzekeraar termen als DBC-zorgproducten, ziekenhuisbehandeltrajecten en dergelijke. Wederom is toegelicht dat de nota van € 161,28 niet voor vergoeding in aanmerking komt omdat verzoeker het maximum heeft bereikt binnen een behandelcode. Het is ongeloofwaardig dat verzoeker, naast het eigen risico, is gebonden aan maximumbedragen voor medisch specialistische zorg. Zolang de zorg noodzakelijk is, dient deze te worden verleend, en het kan niet zo zijn dat een restitutiepolis wordt gekoppeld aan maxima. Overigens is verzoeker in Duitsland niet in een ziekenhuis geweest.

- 4.4. De DBC-systematiek is voor verzekerden onbegrijpelijk en feitelijk niet interessant. Kennelijk heeft de ziektekostenverzekeraar ook moeite met de DBC-systematiek, aangezien het vaststellen van de DBC's voor de behandelingen/onderzoeken bij de uroloog niet correct is verlopen. Dit is eerst bij de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen aan het licht gekomen. Verzoeker verklaart dat hij op 7 mei 2015 is behandeld door de uroloog, en vervolgens op 12 november 2015. Voor de eerste behandeling is een DBC met een looptijd van 7 mei 2015 tot en met 5 september 2015 vastgesteld. De vraag komt op waarom voor de behandeling op 12 november 2015 geen nieuwe DBC is geopend in plaats van een vervolg-DBC. Alsdan zou verzoeker recht hebben op maximaal twee keer € 594,43. Dat één DBC-zorgproductcode wordt gehanteerd voor zowel urologische behandelingen als een MRI-scan wekt bevreemding. Verzoeker wordt hierdoor benadeeld. De nota van de uroloog van € 161,28 dient volledig te worden vergoed. In 2015 gold een eigen risico van € 375,-- en dit is vastgelegd in wet- en regelgeving en de polisvoorwaarden. Het is verzoeker onbekend waar is vastgelegd dat naast het eigen risico, een maximumbedrag en een bepaalde termijn gelden voor een behandeling bij de uroloog. Benadrukt zij dat de urologische behandelingen worden uitgevoerd op advies van de huisarts en de uroloog. Verzoeker is bereid eventuele meerkosten in verband met zorg in het buitenland voor zijn rekening te nemen. Echter, in het kader van de Europese gedachte is het teleurstellend dat de ziektekostenverzekeraar weinig tot geen zorgaanbieders heeft gecontracteerd in het (aangrenzende) buitenland.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Artikel 1.5 van de zorgverzekering bepaalt dat als een verzekerde naar een zorgaanbieder gaat waarmee de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, recht bestaat op vergoeding van de zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke (Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg)) tarieven. Als er geen Wmg-tarief is, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Vanuit de zorgverzekering bestaat derhalve recht op maximaal 100% van het marktconforme tarief voor zorg die wordt genoten bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

In Nederland declareren ziekenhuizen en medisch specialisten volgens zogenoemde zorgproducten en bijbehorende DBC's (Diagnose Behandeling Combinatie). Een DBC geldt voor een totale ziekenhuisbehandeling, dat wil zeggen van de diagnose tot en met een eventuele behandeling en nacontrole. Een DBC bestaat uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die het gevolg zijn van een bepaalde zorgvraag. De diagnose en de behandeling leiden samen - via de grouper - tot één prijs die het ziekenhuis in rekening brengt. Dit wordt vastgelegd in een administratieve code, de DBC. Aan een DBC is een tarief gekoppeld. Een DBC vangt aan op de dag van het eerste consult en eindigt zonder behandeling na 90 dagen. Als een operatie plaatsvindt, eindigt de DBC 42 dagen na de behandeldatum. Een zogenoemde vervolg-DBC heeft een looptijd van maximaal 120 dagen.

- 5.2. Verzoeker is onder behandeling bij een zorgaanbieder in Duitsland. De ziektekostenverzekeraar heeft geen overeenkomst met deze zorgaanbieder. Daarom heeft verzoeker recht op maximaal 100% van het marktconforme tarief.

In 2015 is van verzoeker een nota ontvangen voor een consult en onderzoeken bij de uroloog in Aken op 7 mei 2015. Op dat moment is een DBC geopend met zorgproductcode 149999027, en een looptijd van 7 mei 2015 tot en met 6 september 2015 (de maximale looptijd van 120 dagen). Volgens de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders 2015' bedraagt de bijbehorende vergoeding € 510,36. De nota van € 178,19 is volledig vergoed, en hiermee was de maximale vergoeding (nog) niet bereikt.

Vervolgens ontving de ziektekostenverzekeraar een nieuwe nota van de uroloog en een verwijzing voor een MRI van verzoeker. De behandeldatum is 12 november 2015. Omdat dit ná 6 september 2015 is, is een vervolg-DBC geopend met dezelfde code (149999027). De looptijd van deze DBC is van 7 september 2015 tot en met 9 januari 2016. De nota's uit deze periode vallen binnen die DBC. Voor de nota van de MRI-scan ten bedrage van € 700,75 is € 510,36 aan verzoeker vergoed. Hierdoor is de maximale vergoeding voor de vervolg-DBC bereikt en bestaat geen recht op vergoeding van de nota van de uroloog van € 161,28.

- 5.3. In de fase van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is gebleken dat voor DBC-zorgproductcode 149999027 een onjuist marktconform tarief is gehanteerd. Voor deze DBC geldt een marktconform tarief van € 594,53, terwijl eerst is uitgegaan van € 510,36. Aan verzoeker is het verschil van € 84,17 nabetaald en er zijn hem excuses voor deze vergissing aangeboden. Overigens zijn bij de vaststelling van de DBC (registratie zorgactiviteiten) eerste polikliniekbezoeken gebruikt, terwijl verzoeker vaker bij de uroloog in Aken is geweest. Voor de uitkomst van de DBC maakt het echter niet uit of een eerste of een vervolg polikliniekbezoek wordt geregistreerd als zorgactiviteit. Voorts is in de fase van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen gebleken dat de looptijd van de twee DBC-zorgproducten niet juist was. Dit is gecorrigeerd. De eerste DBC liep van 7 mei 2015 tot en met 4 september 2015, en de tweede DBC van 5 september 2015 tot en met 3 januari 2016. Ter zake van de eerste DBC geldt dat een bedrag van € 332,17 resteert, en ter zake van de tweede DBC € 0,--.
- 5.4. Verzoeker heeft gesteld dat het voor hem als verzekerde ondoorzichtig is hoe DBC's worden vastgesteld, en dat dit voor de ziektekostenverzekeraar kennelijk ook het geval is gezien de onjuistheden die zijn opgetreden nadat hij zijn klacht had voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De ziektekostenverzekeraar begrijpt de stellingen van verzoeker. Ook ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn zich ervan bewust dat ziekenhuisrekeningen veel vragen oproepen. Daarom is een speciale website ontwikkeld (www.dezorgnota.nl) waar uitleg wordt gegeven over alles wat verzoeker noemt. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hij niet zelf een DBC-zorgproduct vaststelt. Dit doet de grouper, op basis van de aangeboden gegevens (zorgactiviteiten die worden herleid uit nota's). Uiteraard doet de ziektekostenverzekeraar er alles aan dit proces zo zorgvuldig mogelijk te laten verlopen, en een zo nauwkeurig mogelijke vergoeding vast te stellen. Er kan echter niet worden gegarandeerd dat hierbij geen fouten worden gemaakt.
- 5.5. Verzoeker vraagt zich af waarom geen nieuwe (initiële) DBC is geopend. Hij gaat er vanuit dat bij een vervolg-DBC sprake zou moeten zijn van twee keer het tarief van € 594,53. Hiertoe merkt de ziektekostenverzekeraar op dat geen nieuwe DBC is geopend omdat de behandeling van verzoeker is voortgezet. Het DBC-zorgproduct is echter hetzelfde als die voor de initiële behandeling. Dit wordt een vervolg-DBC genoemd, ondanks het feit dat dit dezelfde code betreft. De stelling van verzoeker dat bij een vervolg-DBC sprake zou moeten zijn van het dubbele tarief kan de ziektekostenverzekeraar niet volgen. Een DBC heeft een vast tarief, ongeacht of het een initiële of een vervolgbehandeling betreft. Het gaat immers om de uitgevoerde zorgactiviteiten. Verzoeker twijfelt aan de correctheid van de vastgestelde DBC, en het bevreedt hem dat één DBC wordt gehanteerd voor zowel urologische behandelingen als voor een MRI. De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat hij de DBC niet zelf vaststelt, maar dat deze wordt afgeleid via de grouper. Het is mogelijk dat zorgactiviteiten van verschillende specialismen en uiteenlopende diagnostische of beeldvormende onderzoeken leiden tot hetzelfde zorgproduct. Dat dit kan leiden tot verwarring is voorstelbaar.

5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker zijn excuses aangeboden voor het feit dat de opmerking dat niet meer wordt vergoed dan de werkelijk gemaakte kosten, door hem als ongepast is ervaren.

Het is de ervaring van de ziektekostenverzekeraar dat zorgkosten in Duitsland vaak hoger liggen dan in Nederland. Dit is bijvoorbeeld gelegen in differentiatie in de tarieven van artsen. Zo is het tarief voor een chefarts veel hoger dan voor een andere arts. Dit onderscheid bestaat in Nederland niet.

5.7. Voorts heeft verzoeker gesteld dat hij het eigen risico is verschuldigd, maar dat onduidelijk is waar is vastgelegd dat slechts voor een maximumbedrag kosten voor een uroloog mogen worden gedeclareerd. Ook vindt hij het teleurstellend dat er weinig tot geen contractpartners zijn voor grensoverschrijdende zorg.

Hiertoe merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de Zorgverzekeringswet bepaalt dat verzekerden de vrijheid hebben een zorgaanbieder te kiezen, ook als sprake is van grensoverschrijdende zorg. De wet gaat echter uit van het tarief dat in Nederland geldt voor de betreffende behandeling. Dit kan betekenen dat een deel van de kosten voor eigen rekening blijft. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende bepalingen overgenomen in zijn verzekeringsvoorwaarden.

De ziektekostenverzekeraar heeft een aanzienlijk aantal zorgaanbieders in het buitenland gecontracteerd. In Duitsland en België gaat het om 63 ziekenhuizen. Via de website van de ziektekostenverzekeraar kan verzoeker dit nagaan. Bij de gecontracteerde zorgaanbieders krijgt een verzekerde zorg in natura. Er komen dan geen kosten voor eigen rekening, buiten het verplicht eigen risico.

5.8. De ziektekostenverzekeraar handhaaft zijn standpunt dat de vergoeding correct is vastgesteld. Er is geen reden over te gaan tot een hogere vergoeding.

5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. (...)"

- 8.4. In de begripsomschrijvingen van de zorgverzekering is het begrip 'Diagnose Behandeling Combinatie' opgenomen. Deze begripsomschrijving luidt als volgt:

"Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ."

- 8.5. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
 - vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
 - vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.
- (...)

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

9.4. *Verwijzing en/of toestemmingsvereiste*

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)."

- 8.6. Artikel 7 van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 375 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...)

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.

Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;

- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)'. Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);

- verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 13;

- verloskundige zorg en kraamzorg.

Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, prenatale diagnostiek of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;

- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg.

Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico;

- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het leveren van drinkvoeding (dieetpreparaten), voor zover zij de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen leveren zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg;

- hulpmiddelen in bruikleen;

- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 21,

Transplantatie van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;

- vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 21, Transplantatie van weefsels en organen;- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

(...)

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart."

- 8.7. De begripsomschrijvingen en de artikelen 7, 9 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

 8.8. Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, 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 artikel 2.4 Bzv. Het eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 22 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 tot en met 2.19 Bzv.

 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

 8.10. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

 9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

 9.1. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, gereisd met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg in de zin van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Verzoeker heeft niet voorafgaand aan de behandeling/het onderzoek, de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Gelet op de jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, C-444/05) blijft de verordening daarom buiten toepassing, en dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

 9.2. De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van medisch specialistische zorg, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. De verzekerde dient over een geldige verwijzing voor deze zorg te beschikken (artikel 15). Voorts biedt de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland (artikel 9). De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de uroloog in Aken niet door hem is gecontracteerd. Verzoeker heeft gesteld dat hij bewust een restitutiepolis heeft afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar, zodat hij vrije keuze heeft van zorgaanbieder. Hiertoe merkt de commissie op dat weliswaar een restitutiepolis (een verzekering met vrije artskeuze) is afgesloten, doch van een 'zuivere restitutiepolis' is geen sprake. De ziektekostenverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd en vergoed wordt het gecontracteerde tarief dan wel maximaal het Nederlandse

 tarief. Dit is het Wmg-tarief of - bij het ontbreken hiervan - maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

- 9.3. De onderhavige nota van € 161,28 betreft een behandeling/onderzoek bij de uroloog op 12 november 2015. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van deze nota geweigerd op de grond dat de behandeldatum valt binnen een lopende DBC, waarvoor de maximale vergoeding reeds aan verzoeker is verleend. Verzoeker komt op tegen de wijze van berekening van de vergoeding, waarmee hij impliciet opkomt tegen de DBC-systematiek.
- 9.4. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde DBC. Deze regeling is op 1 januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling gegeven paramedische zorg en verstrekte geneesmiddelen. Een DBC heeft een maximale looptijd die kan variëren van 42 dagen tot 365 dagen. Indien sprake is van een gedurende meerdere jaren doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een vervolg-DBC geopend. De zorgaanbieder mag een nieuwe DBC openen, als het gaat om een andere zorgvraag. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.
- 9.5. Verzoeker heeft toegelicht dat hij onder controle staat van de uroloog in Aken. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat een nota is ontvangen van verzoeker ter zake van een consult en onderzoeken bij de uroloog in Aken op 7 mei 2015. Ter vaststelling van de vergoeding is een DBC geopend met zorgproductcode 149999027. Deze DBC liep van 7 mei 2015 tot en met 6 september 2015. De bijbehorende vergoeding bedraagt - na correctie - € 594,53. De nota ter zake van het consult en de onderzoeken op 7 mei 2015 is volledig vergoed, aangezien de kosten vielen binnen de maximale vergoeding voor de DBC.
- Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard van verzoeker een nota te hebben ontvangen voor een behandeling/onderzoek bij de uroloog op 12 november 2015, alsook een nota van een MRI op 1 december 2015. Ter vaststelling van de vergoeding hiervoor is een vervolg-DBC geopend met dezelfde zorgproductcode als de vorige DBC, te weten 149999027. Deze DBC liep van 7 september 2015 tot en met 9 januari 2016. De bijbehorende vergoeding is eveneens - na correctie - € 594,53. De nota van de MRI - welke diagnostiek onderdeel is van de medisch specialistische zorg en daarom onder de DBC valt - bedroeg € 700,75 en de nota van de behandeling/het onderzoek € 161,28. Met deze twee bedragen is de maximale vergoeding van de DBC bereikt. De ziektekostenverzekeraar heeft de nota van de MRI vergoed tot het toepasselijke maximum van € 594,53 (een initiële betaling van € 510,36 en een nabetaling van € 84,17).
- Aangezien de onderhavige nota behandeldatum 12 november 2015 betreft, en deze datum valt binnen de vervolg-DBC die is geopend op 7 september 2015, bestaat geen aanspraak op - separate - vergoeding hiervan.
- Benadrukt zij hierbij dat de ziektekostenverzekeraar correct heeft gehandeld door uit te gaan van een vervolg-DBC in plaats van een nieuwe DBC. Het betreft immers één en dezelfde zorgvraag en verzoeker is doorlopend onder behandeling/controle geweest bij de uroloog in Aken.
- De commissie merkt nog op dat het logischer was geweest dat de ziektekostenverzekeraar eerst voor de onderhavige nota een vergoeding had verleend op basis van de vastgestelde DBC, en vervolgens voor de nota ter zake van de MRI had geconcludeerd dat slechts recht bestaat op een gedeeltelijke vergoeding omdat het maximumbedrag voor de DBC was bereikt. De datum van de MRI ligt immers ná de datum van de onderhavige behandeling/het onderzoek. Financieel bezien levert deze andere benadering echter geen voordeel voor verzoeker op, zodat de commissie volstaat met deze kanttekening.
- 9.6. Verzoeker heeft nog gesteld dat de DBC-systematiek niet is vastgelegd in de verzekeringsvoorwaarden. Hiertoe merkt de commissie op dat in de begripsomschrijvingen van de zorgverzekering het begrip 'DBC' is gedefinieerd. Daarnaast is in artikel 7 van de zorgverzekering inzake het verplicht eigen risico bepaald dat indien een behandeling in de vorm van een DBC wordt gedeclareerd, het moment van aanvang van de behandeling bepalend is voor de toepassing van het eigen risico. Verder heeft te gelden dat inmiddels gedurende een reeks van jaren medisch

specialistische zorg is gedeclareerd door middel van een DBC. Verzoeker mag zodoende bekend worden verondersteld met de DBC-systematiek. Zijn stelling treft daarom geen doel.

- 9.7. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd - met name dat de ziektekostenverzekeraar weinig tot geen zorgaanbieders in het (voor hem aangrenzende) buitenland heeft gecontracteerd - maakt het voorgaande niet anders.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 november 2016,

A.I.M. van Mierlo