

2012 00949
06 SEP. 2012

CVZ

College voor zorgverzekeringen

Eekholt 4
1112 XH Diemen

Postbus 320
1110 AH Diemen

(020) 797 85 55
(020) 797 85 00

info@cvz.nl
www.cvz.nl

Aan de Geschillencommissie van
Stichting Klachten en Geschillen
Zorgverzekeringen (SKGZ)
T.a.v. mevrouw mr.
Postbus 291
3700 AG ZEIST

Uw brief van
27 augustus 2012

Uw kenmerk
G47 2012.00949/11/G

Datum
5 september 2012

Ons kenmerk
ZA/2012102259

Behandeld door

Doorkiesnummer
(020) 797 88 03

Zaaknummer
2012100094

Onderwerp
Advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 27 augustus 2012 aan het College voor zorgverzekeringen advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet. Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van een behandeling in verband met chronische granulerende mastoiditis, uitgevoerd te Kleve (Duitsland).

Bij uw adviesaanvraag hebt u ons ook een kopie van het dossier gestuurd, maar een verslag van de hoorzitting ontbreekt nog. Het College brengt daarom een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

Vooraf merkt het College op dat de adviestaak van het College beperkt is tot de vraag of een verzekerde aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Het advies van het College kan dus geen betrekking hebben op een beslissing van een zorgverzekeraar op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Medische beoordeling

Na kennisneming van het geschil heeft het College dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.

Verzoeker leed aan een chronische middenoorontsteking rechts, zich uitbreidend tot in het mastoïd (= het stukje schedelbot achter het oor). Hij koos voor behandeling bij een niet door verweerder gecontracteerde instelling. Op basis van de polis beperkte verweerder de terugbetaling van de zorgnota's tot 80% van de toepasselijke Nederlandse DBC.

Twee aspecten zijn medisch-inhoudelijk in geding:

1. De vraag of er tijdig adequate gecontracteerde zorg voorhanden was;
2. De vraag of de juiste DBC's zijn gehanteerd.

Ad 1

Het betrof hier een chronische, al langer bestaande aandoening. Het eerste consult bij de huisarts was op 15 augustus 2011. Deze behandelde aanvankelijk zelf. Op 23 augustus 2011 volgde verwijzing naar een KNO-arts. Met het gecontracteerde ziekenhuis in de regio kwam geen afspraak tot stand; aan verzoeker werd behandeling "in september" in het vooruitzicht gesteld. Daarop koos verzoeker voor een niet-gecontracteerde specialist waar hij op 31 augustus 2011 terecht kon. Dit heeft uiteindelijk geleid tot klinische behandeling bij een andere niet-gecontracteerde specialist. De ziekenhuisopname duurde van 26 tot 29 september 2011.

De vooruitzichten voor behandeling bij het gecontracteerde centrum vielen nog binnen de algemeen aanvaarde zogenaamde Treeknormen. De Treeknormen zijn het resultaat van overleg tussen Nederlandse zorgverzekeraars en zorgverlenende instellingen. Het zijn normen voor maatschappelijk gezien maximaal acceptabele wachttijden voor niet-spoedeisende medische problemen. Deze normen komen pas in beeld als medisch gesproken een behandeling maanden uitstel kan vergen, doorgaans bij niet-progressieve afwijkingen waarbij uitstel van een aantal weken of maanden geen ernstige onomkeerbare gevolgen heeft. De Treeknorm voor wachttijd bij zo'n electieve klinische operatie bedraagt zeven weken. De indicatie/behandeling bij verzoeker betrof een electieve ingreep.

Ad 2

Voor de specialist die de eerste behandeling deed is terecht de DBC-prestatiecode 02110000140111 gehanteerd: "regulier poliklinisch onderzoek/behandeling van een chronische middenoorontsteking door een KNO-arts".

Voor de daaropvolgende klinische behandeling door de volgende specialist is terecht de DBC-prestatiecode 02110000140213 gehanteerd: "regulier klinisch onderzoek / behandeling van een chronische middenoorontsteking door een KNO-arts".

Verzoeker is geïndiceerd voor vergoeding van de behandeling conform de bij de door verweerder gehanteerde DBC's behorende bedragen op basis van de polisvoorwaarden.

In artikel B9 van de Menzis ZorgVerzorgd Polis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang bepaald, dat bij zorg in het buitenland de regels van de verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing zijn en dat de verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland kan kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die de verzekerde zou krijgen als deze in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Nu de medisch adviseur heeft aangegeven dat verzoeker is geïndiceerd voor vergoeding van de behandeling conform de bij de door verweerder gehanteerde DBC's behorende bedragen op basis van de polisvoorwaarden, komt verzoeker niet in aanmerking voor een hogere vergoeding.

3/ZA/2012102259

Advies

Gelet op het bovenstaande adviseert het College tot afwijzing van het verzoek.

Hoogachtend, .