

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, erfgenaam van de heer C te D, vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, carotisstent en postoperatieve complica-
ties tijdens de opname van vier weken
Zaaknummer : 2007.2229
Zittingsdatum : 13 februari 2008

Zaak: 2007.2229, geneeskundige zorg, buitenland, carotisstent en postoperatieve complicaties tijdens de opname van vier weken

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 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1 Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster, erfgenaam van C te D, hierna te noemen verzekerde,

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 23 augustus 2006 inzake de hoogte van de vergoeding van de door verzekerde ondergane operatie waarbij een carotisstent is geplaatst met postoperatieve complicaties tijdens een opname van 1 april tot en met 28 april 2006 in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (België).

3 Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 23 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de door verzekerde ondergane behandeling tot maximaal het in Nederland geldende tarief - te weten € 15.565,65 - wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven gedagtekend 9 januari en 18 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld ter zake van de onderhavige behandeling een hoger bedrag, te weten € 16.797,87 te vergoeden.
- 3.4. Bij brief van 22 oktober 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de volledige nota te vergoeden alsmede de thans ontstane rente- en incassokosten.
- 3.5. 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.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 18 december 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 december 2007 aan verzoekster gezonden .
- 3.7. Bij brief van 18 december 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) verzocht om advies als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Bij brief van 18 december 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het CVZ heeft op 15 januari 2008 zijn voorlopige advies gegeven en de commissie geadviseerd tot een afwijzing omdat een hogere vergoeding op grond van de passende DBC-prestatiecodes niet van toepassing is. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 13 februari 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 13 februari 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 19 februari 2008 van het CVZ medegedeeld ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoekster
- 4.1. Verzekerde, die op 19 december 2006 is overleden, werd na overleg met de huisarts op 1 april 2006 voor spoedopname verwezen naar het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) in België, in verband met repetitieve neurologische klachten (TIA-storm), na een carotisendarterectomie eind februari 2006, eveneens in het UZA. Op 2 april is semi-urgent een carotisstent geplaatst. Na een postoperatieve pneumonie, waardoor verzekerde twee weken langer in het ziekenhuis heeft moeten verblijven van gepland, werd hij op 28 april 2006 ontslagen.
- 4.2. Op 18 juni 2006 is de nota van € 22.706,65 voor deze opname en behandeling naar de zorgverzekeraar gezonden. Verzoeker heeft van dit bedrag het maximale in Nederland geldende tarief van € 15.565,65 vergoed gekregen. Zij stelt dat echter sprake was van spoedeisende zorg.
- 4.3. Ter zitting stelt verzoekster dat de behandeling van de TIA als nieuwe behandeling moet worden aangemerkt en niet als vervolg behandeling op de carotisendarterectomie die eind februari 2006 heeft plaatsgevonden. Voorts dient ook de behandeling van de pneumonie als nieuwe zorgvraag te worden vergoed. Tevens dient rekening te worden gehouden met het feit dat de huisarts verzoekster heeft medegedeeld dat verzekerde niet in een ziekenhuis in Nederland terecht kon in verband met het risico op een MRSA-besmetting na de opname in Antwerpen eerder dat jaar.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de nota volledig dient te vergoeden, alsmede de rente- en incassokosten doe door de vertraagde afhandeling zijn ontstaan.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat geen sprake is van spoedeisende zorg omdat verzekerde van Zwijndrecht naar Antwerpen heeft kunnen reizen, en dat om die reden maximaal 100 percent van het in Nederland geldende tarief vergoed dient te worden. Het uit te keren bedrag is op grond van de volgende DBC's vastgesteld en bedraagt in totaal € 16.797,87 (waarbij het meerbedrag boven de genoemde € 15.565,65 aan verzoekster is uitgekeerd):

- --.11.00.0402.0303: regulier, carotispathologie, klinisch;
- --.11.00.0015.1101: regulier, analyse koorts en behandeling, poliklinisch;
- --.11.00.1701.7021: regulier, pleurale aandoening, poliklinisch;
- --.11.02.0305.0101: regulier, dysfagie, poliklinisch;
- --.11.00.9901.0111: regulier, bewustzijnsstoornis, poliklinisch.

- 5.2. Bij brief van 8 februari is verzoekster op de hoogte gesteld van het feit dat slechts het geldende Nederlandse tarief zou worden vergoed. Met deze brief moet duidelijk zijn geweest dat eventuele meerkosten voor haar eigen rekening zou komen.

- 5.3. Ter zitting stelt de zorgverzekeraar dat zowel de twee opname als de postoperatieve pneumonie in het Nederlandse vergoedingensysteem niet tot een hogere rekening geleidt zou hebben. Als een verzekerde kiest voor een behandeling in het buitenland, blijven de meerkosten van eventuele complicaties voor zijn rekening. Bovendien stelt de zorgverzekeraar dat een mogelijke MRSA-besmetting geen reden is om een patiënt in een Nederlands ziekenhuis spoedeisende zorg te weigeren.

- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het juiste bedrag voor de onderhavige behandelingen tijdens de opname van 1 april tot en met 28 april 2006 is uitgekeerd .

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn geregeld in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen - dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt - is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg is geregeld in artikel 8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Artikel 8.4 lid 1 bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. In lid 1 staat, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:

"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (. . .) medisch specialisten (. . .) die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek (. . .)

Na lid 8 in het derde blok vermeld:

"Voor bovenstaande verzekerde prestatie: Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, niet behorend tot het DBC segment B en niet van plastisch-chirurgische aard

Kan verzekerde zich wenden tot: Medisch Specialist (. . .)

Op voorwaarden van Verwijzing door huisarts, medisch specialist (. . .)

Vindplaats welke aanbieder is gecontracteerd: website. "

In artikel 10 wordt onder a bepaald:

"Onverminderd hetgeen is bepaald in artikel 8 heeft verzekerde op een zorgvorm slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen."

Voorts wordt in artikel 8.2 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

"De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 7.3. De mogelijkheid van vergoeding van de kosten in geval de zorg of dienst wordt betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geregeld in artikel 11 onder b van de zorgverzekering en luidt, voor zover in dit kader relevant:

"Voor zover verzekerde die zorg of een andere dienst betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heeft hij recht op vergoeding van de kosten van deze zorg of andere dienst overeenkomstig hetgeen hieronder bij 'Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgaanbieder' is bepaald. "

- 7.4. De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 11 onder een f van de zorgverzekering en luidt, voor zover in dit kader relevant:

"e. Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet-gecontracteerde zorgaanbieder overeenkomstig het WTG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. (. . .)

f. Op het onder e bedoelde bedrag wordt een korting van in mindering gebracht van 10%, met een maximum van € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Deze korting wordt niet toegepast:

i bij onvoorziene en spoedeisende zorg (. . .)

- 7.5. Vergoeding van kosten van zorg in het buitenland is geregeld in artikel 13 van de zorgverzekering Voor zover hier van belang wordt daarin bepaald:

'Ten aanzien van de vergoeding van kosten van zorg in het buitenland wordt toepassing gegeven aan EG-Verordening 1408/71 (..)

a. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg van een aanbieder buiten Nederland conform artikel 11.

*b. In het geval dat verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten van zorg plaats conform het bepaalde in artikel 11.
(. . .). "*

- 7.6. De regeling van de artikelen 8.2, 8.4, 11 en 13 is volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.7. 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.

Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.

Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang geregeld in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 van het Bzv.

In artikel 2.2 van het Bzv wordt bepaald dat kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn, in mindering worden gebracht op de vergoeding.

Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen .

- 7.8. De commissie concludeert op basis 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 23 augustus 2006 voor de onderhavige behandelingen in het UZA, tegen het in Nederland geldende tarief, is de beoordeling van de gebruikelijkheid, de indicatie en de doelmatigheid van de onderhavige zorg in dit specifieke geval immers niet meer relevant.

- 7.9. De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar de onder 5.1 opgesomde DBC-codes heeft gehanteerd. Dit betreffen DBC-codes uit het A-segment waarvoor de tarieven een gegeven zijn.
- De commissie is van oordeel dat, met inachtneming van hetgeen het CVZ daartoe met betrekking tot de laatstgenoemde DBC-code heeft aangevoerd, door de zorgverzekeraar de onder de gegeven omstandigheden meest passende DBC-codes en de juiste, daarbij behorende tarieven zijn toegepast, alsmede een kennelijk verrekenpercentage van 38 percent. Voor zowel de repetitieve neurologische klachten (TIA-storm) van 1 april 2006 als de daarop gevolgde pneumonie zijn op basis van DBC-codes vergoedingen uitgekeerd.

- 7.10. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. aangezien alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op de vorgenoemde behandeltrajecten, en de betreffende onderdelen zijn

begrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-tariefcode is geëigend .

- 7.11. De onder 7.9 bedoelde DBC-tarieven zijn gekoppeld aan volledige behandelingen en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daar niet aan af. Dat het mogelijk om een spoedeisende operatie gaat is voor de hoogte van de vergoeding evenmin relevant. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij een (spoed)behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief. Op grond van artikel 11 van de voorwaarden van de zorgverzekering is het dit tarief dat maximaal voor al dan niet spoedeisende niet-gecontracteerde zorg voor vergoeding in aanmerking komt.
- 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 scholingstaken 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. Indien de zorgverzekeraar om hem moverende redenen toch van oordeel is een toeslag te moeten uitkeren, zal de commissie daar niet in treden.
- De rente- en incassokosten kunnen hiermee onbesproken blijven .

- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 februari 2008,



Voorzitter