

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, hartfalen bij longontsteking
Zaaknummer	: 2008.00083
Zittingsdatum	: 13 augustus 2008

Zaak: Geneeskundige zorg buitenland, hartfalen bij longontsteking

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 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 de beslissing van de zorgverzekeraar van 8 september 2007 de rekening van medisch noodzakelijke zorg in Japan niet volledig te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van het ontstaan van de onderhavige kosten was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (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, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. De behandelend medisch specialist in Japan heeft bij verzoeker de volgende diagnoses gesteld: “acuut hartfalen, acute longontsteking, hypertensie, verdenking op multiple myeloma en hypercalcemie en hyperglobulinemie”. Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan de in Japan verleende medisch noodzakelijke zorg in verband met de daar gestelde diagnoses, te weten € 15.068,90 ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 september 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij een vergoeding van € 8.807,21 krijgt.
- 3.3. Op 14 juli 2007 is de zorg, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, verleend.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 22 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn besluit te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 3 januari 2008 heeft verzoeker zijn geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Deze poging heeft weliswaar geleid tot een hogere, maar niet volledige vergoeding.

- 3.6. Bij brief 15 april 2008 van heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen en de resterende € 5.328,36 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, en te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de rekeningen van het ziekenhuis in Japan zelf af te handelen, zonder tussenkomst van verzoeker.
- 3.7. 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.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 5 juni 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 juni 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Partijen hebben op 12 augustus 2008 telefonisch medegedeeld af te zien van horen.
- 3.10. Bij brief van 11 juni 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 5 augustus 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de DBC-systematiek op de juiste wijze is toegepast. Een afschrift van het CVZ-advies is op 6 augustus 2008 aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij zich niet kan verenigen met de keuze voor een enkelvoudige DBC-prestatiecode. Hij is parallel voor een viertal DBC-prestatiecodes behandeld, te weten acuut hartfalen, hypertensie, acute longontsteking en multiple myeloma.
 - 4.2. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat vanwege de desgevraagd door de zorgverzekeraar afgegeven 'letter of guarantee' sprake is van verleende toestemming voor de onderhavige zorg, als bedoeld in artikel 11 lid 5 van de zorgverzekering.
 - 4.3. Met betrekking tot de inhoud van de 'letter of guarantee' stelt verzoeker dat uit de inhoud van de brief valt op te maken dat de zorgverzekeraar toestemming geeft voor de behandeling en dat het ziekenhuis de rekeningen direct bij de zorgverzekeraar kan declareren.
 - 4.4. Na terugkomst in Nederland is bij verzoeker inderdaad de ziekte van Kahler (multiple myeloma) vastgesteld en behandeld.
 - 4.5. 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 verzoeker, nu hij in een positie van gedwongen restitutie verkeerde, omdat hij geen gebruik kon maken van gecontracteerde zorg, aanspraak kan maken op een vergoeding tot maximaal het Nederlandse marktconforme tarief. Er is geen aanvullende of

reisverzekering afgesloten, zodat de meerkosten voor eigen rekening blijven.

- 5.2. Binnen de DBC-systematiek wordt gekozen voor één DBC-prestatiecode, die de behandeling dekt. In het geval van verzoeker is aanvankelijk gekozen voor de DBC-prestatiecode 'pulmonie'. In tweede instantie is gebleken dat de DBC-prestatiecode 'hartfalen' meer passend is in de situatie van verzoeker. Laatstgenoemde DBC-prestatiecode kent echter een lagere vergoeding. Omdat verzoeker niet in een nadeliger positie mag komen door het indienen van een klacht, is besloten de vergoeding voor de DBC-prestatiecode 'pulmonie' te handhaven.
Wel bestaat aanspraak op een toeslag IC opname en IC beademingsdagen, gedurende de periode van 14 tot en met 18 juli 2007, welke toeslagen echter zijn verrekend met het onverschuldigd betaalde deel van het bedrag dat is uitgekeerd op basis van de DBC-prestatiecode 'pulmonie'.
- 5.3. In de brief van de Japanse medisch-specialist staat onder het kopje 'diagnosis' een vijftal medische termen. Dit betekent niet dat ook sprake is van aparte behandelingen. Zou dat overigens wel het geval zijn, dan is niet automatisch voldaan aan de regels van de DBC-systematiek op grond waarvan een extra DBC-prestatiecode mag worden geopend.
De longontsteking werd binnen hetzelfde specialisme met antibiotica behandeld, zodat gezien de geringe inspanning de opening van een parallelle DBC-prestatiecode niet wordt gerechtvaardigd. De behandeling van de hoge bloeddruk is onderdeel van de behandeling van het hartfalen. Bovendien was verzoeker bekend met een hoge bloeddruk en was hij hiervoor eerder onderzocht.
De verdenking op multiple myeloma is nog geen diagnose en verzoeker is hier niet voor behandeld.
- 5.4. De 'letter of guarantee' is slechts een verklaring dat betrokkene is verzekerd bij de zorgverzekeraar en kan niet worden gezien als 'voorafgaande toestemming' als bedoeld in artikel 11 lid 5 van de zorgverzekering. Bovendien was de opname al een feit toen de 'letter of guarantee' werd afgegeven.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat.

"lid 1

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-

specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. (...)

De aanspraak omvat de medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van de opname.

(...)

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als:

a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op intramurale zorg;

(...)

verwijzing:

Tenzij sprake is van acute zorg, heeft voor de medisch specialistische zorg een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, (...), medisch specialist (...)

zorgverlener:

de medisch specialistische zorg wordt verleend door een ziekenhuis, medisch specialist (...)

Bij zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de zorgverzekeraar vermeld staat."

Artikel 11 Buitenland, bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

"lid 1

(...) In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

(...)

lid 5

In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding."

Artikel 4 van het Restitutie Reglement behorende bij de zorgverzekering, bepaalt voor zover hier van belang:

"4 Medisch-specialistische zorg

(...)

2. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd,

waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een ziekenhuis waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, voor zover het extramurale zorg betreft, maximaal negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende A-tarief.

3. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een extramuraal medisch specialist of ZBC waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, vijfenzeventig procent van de voor de betreffende zorg door de zorgverlener afgegeven, gespecificeerde nota, tot een maximum van vijfenzeventig procent van het voor de betreffende zorg geldende WTG tarief."

De definitie van een Diagnose Behandeling Combinatie luidt volgens artikel 1 van de zorgverzekering:

"Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen."

Ten aanzien van de wijze van prestatie en dekking bepaalt artikel 18 van de zorgverzekering, voor zover hier relevant, het volgende:

"lid 1

(...)

In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft wordt de toestemming tot het inroepen van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

- 7.2. De regeling in de artikelen 1, 11, 18 en 20 van de zorgverzekering en artikel 4 van het Restitutiereglement zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 Bzv is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. 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.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. 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 8 september 2007 voor de onderhavige behandelingen in Japan, 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.
- 7.6. Het onderhavige geschil met betrekking tot de diagnostische consulten spitst zich toe op de volgende vragen: heeft de zorgverzekeraar de juiste DBC-prestatiecode(s) met het daarbij behorende tarief toegepast voor de onderhavige, door verzoeker in Japan genoten, zorg en welke betekenis moet in dit verband worden toegekend aan de door de zorgverzekeraar afgegeven 'letter of guarantee'?
- 7.7. De door de zorgverzekeraar initieel toegepaste DBC-prestatiecode 13.11.00.0401.1103, gezocht op de maand van de behandeling, staat voor 'reguliere zorg / pneumonie nno / behandeling nno/niet verbijzonderd met klinische episode(n)'. Later is door de zorgverzekeraar een correctie toegepast, waarbij is aangegeven dat DBC-prestatiecode 21.11.00.0301.0103, die staat voor reguliere zorg/acuut hartfalen/reguliere behandeling/geen behandeling met klinische episode(n). Dit betreft een DBC-prestatiecode uit het A-segment. Daarnaast is door de zorgverzekeraar een toeslag IC cardiologie, met declaratiecode 190126, en een toeslag voor 5 beademingsdagen, met declaratiecode 190127 toegekend, hetgeen leidt tot een vergoeding van € 9.740,54. 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.
- 7.8. Voor zover het verzoek ziet op de separate vergoeding voor de overig gestelde diagnoses en de verdenking van multiple myeloma, 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/polibezoek tot en met het laatste onderzoek/(na)controle. Onder omstandigheden kan de opening van een tweede DBC-prestatiecode gerechtvaardigd zijn. De zorgvraag van verzoeker rechtvaardigt blijkens het advies van het CVZ van 5 augustus 2008 niet de opening van een tweede DBC-prestatiecode. De commissie volgt het CVZ hierin.
- 7.9. De onder 7.7 bedoelde DBC-tarieven zijn gekoppeld aan een volledige behandeling en worden 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 (voorheen Ctg) 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.

- 7.10. Vervolgens dient te worden beantwoord de vraag welke betekenis in dit verband moet worden toegekend aan de door de zorgverzekeraar afgegeven 'letter of guarantee'. Dit document bevat de volgende tekst:

"We hereby certify that the above insured party is registered with our company. This company stands guarantee for the costs of hospitalisation on the basis of class 3 commencing in July 14th 2007.

The costs of hospital nursing can only qualify for reimbursement if there are medical grounds for admission. We kindly request you to send us a medical certificate stating the grounds for this admission.

The costs charges directly by the hospital or the treating consultants can be paid directly to the hospital or treating consultants by our company."

Tegen de achtergrond van artikel 11 lid 5 in samenhang met artikel 18 lid 1, laatste alinea, alsmede het feit dat de zorgverzekeraar in zijn brief van 5 juni 2008 bevestigt dat sprake is van 'acute zorg' en dat de zorgverzekeraar 'zo spoedig mogelijk' op de hoogte is gesteld - beide als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering - heeft verzoeker er redelijkerwijs op mogen vertrouwen dat de 'letter of guarantee' van 17 juli 2007 was bedoeld als een 'geacht te zijn verkregen toestemming voor het inroepen van niet-gecontracteerde zorg' als bedoeld in artikel 18 lid 1, en daarmee een toestemming als bedoeld in artikel 11 lid 5 van de zorgverzekering.

- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen. De zorgverzekeraar dient de resterende € 5.328,36 te vergoeden.

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, 13 augustus 2008,

Voorzitter