

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

Uw brief van
11 september 2012

Uw kenmerk
G47 2012.00536/13/G

Datum
21 januari 2013

Ons kenmerk
ZA/2012110844, versie 2

Behandeld door ..

Doorkiesnummer
(020) 797 88 03

Zaaknummer
2012104701

Onderwerp
Definitief advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 11 september 2012 aan het College voor zorgverzekeringen advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet. Op 8 oktober 2012 hebt u het College een afschrift van een nagekomen stuk in deze kwestie gestuurd.

Verzoekster en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van een chirurgische behandeling van de linkervoet, uitgevoerd te Ratingen (Duitsland).

Bij uw adviesaanvraag hebt u ons ook een kopie van het dossier gestuurd. Op 11 oktober 2012 heeft het College het voorlopige advies aan uw commissie verstuurd. Vervolgens heeft uw commissie het verslag van de hoorzitting d.d. 31 oktober 2012 en de na de hoorzitting verzonden en ontvangen correspondentie, de tijdens de hoorzitting overgelegde stukken, alsmede de brief van de heer N.J.M. Vos d.d. 9 oktober 2012 met bijlagen (hierna: bijlagen) aan het College verstuurd met het verzoek om een definitief advies.

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:

Voorlopig advies

Nu verweerder aan verzoekster een vergoeding van operatieve behandeling toekent, staat de indicatie kennelijk niet ter discussie. Het geschil betreft de hoogte van de vergoeding.

Verzoekster onderging in september 2011 een chirurgische behandeling van haar linkervoet in Duitsland. Volgens de orthopedisch chirurg (offerte en operatieverslag) was sprake van voorvoetdeformatie met doorgezakte voet/spreidvoet, instabiliteit van het TMT 1 gewricht en het naviculo-cuneiforme gewricht, metatarsalgie van de MT 2 en 3 gewrichten, deformatie van de 4^e en 5^e teen en een flexiecontractuur in het 3^e DIP-gewricht. De operatieve behandeling bestond uit operatieve behandeling van hallux valgus (artrodese van het TMT-1 en naviculo-cuneiforme gewricht, beenplastiek naviculo-cuneiforme I en Akin-osteotomie I) en operatieve behandeling van spreidvoet/metatarsalgie (metatarsaal osteotomie van MT II en MT III, tenotomie van de buigpees van DIP III, correctieartrodese PIP en DIP IV, tijdelijke artrodese met Kirschner draad en osteotomie van het os metatarsale V met Kirschner-draad).

'Vertaald' naar de Nederlandse DBC-systematiek kan gesproken worden van de volgende DBC-codes:

05 11 00 2030 0 213 = reguliere, operatieve klinische zorg

Platvoet/spreidvoet/metatarsalgie

05 11 00 2050 0 213 = reguliere, operatieve klinische zorg Hallux valgus.

De bijbehorende tarieven omvatten tweemaal ziekenhuiskosten, waarbij echter sprake is geweest van één ziekenhuisopname. Een deel van deze kosten zullen 'dubbel' zijn en een en dezelfde zorg betreffen.

Verzoekster heeft op 6 oktober en 29 november 2011 in totaal acht nota's voor vergoeding ingediend, die door verweerder als 'hulp in het buitenland' zijn aangemerkt, zie onderstaande tabel.

| <i>Nota's (nummer)</i> | <i>Bedrag</i> | <i>Betaling door verweerder</i> |
|---------------------------------|---------------|---------------------------------|
| a. 00065165 | € 3.881,22 | € 1.654,03 |
| b. 01/53245 | € 159,43 | € 0,00 |
| c. 378873 - € 37,22 | | |
| d. 9589 - € 35,53 | € 149,65 | € 149,65 |
| e. nota zonder nummer - € 76,90 | | |
| f. 0127/003729/STAT | € 315,73 | € 315,73 |
| g. 04-60203-7953459 | € 1.520,46 | € 0,00 |
| h. 14-9-2011 | € 52,30 | € 52,30 |

De nota's genoemd onder *c*, *d*, *e*, *f* en *h* zijn door verweerder volledig vergoed.

De nota genoemd bij *a* betreft onder andere de chirurgische behandeling. Deze behandeling valt onder medisch-specialistische zorg (DBC). Voor deze nota geldt, dat deze niet volledig onder de Zorgverzekeringswet valt en verminderd moet worden met € 450,94: dit bedrag betreft een toeslag voor een eenpersoonskamer. Een dergelijke toeslag valt niet onder de vergoeding vanuit de basisverzekering.

De nota genoemd bij *b* betreft een schoen voor het ontlasten van de voorvoet, type Mailand, inclusief aanmeten. Deze kan, gezien de productinformatie, beschouwd worden als een verbandschoen. 'Vertaald' naar de Nederlandse situatie, kan een dergelijke schoen onder de medisch-specialistische zorg (DBC) in het kader van het postoperatieve traject.

De nota genoemd bij *g* betreft preoperatief onderzoek (onder andere laboratorium-onderzoek), operatieve handelingen en operatiemateriaal, postoperatieve controles, fysiotherapie postoperatief en verbandmateriaal (intramuraal). Deze vallen onder de medisch-specialistische zorg c.q. onder de betreffende DBC.

Met betrekking tot de vraag of de toegepaste DBC voor de berekening van de vergoeding de meest passende is, wordt het volgende opgemerkt. Als er een keuze is, dan wordt de 'zwaarste' DBC gekozen (in dit geval de 'platvoet DBC'). Het College controleert of onderdelen van de nota buiten de DBC vallen en eventueel apart vergoed kunnen worden.

In de onderhavige casus is sprake van één zorgvraag met verschillende mogelijke oorzaken, maar er kan maar 1 DBC worden vergoed. Er is geen reden op basis van het dossier om een parallelle DBC te openen.

Een parallelle DBC mag pas geopend worden als er een extra zorgvraag (tweede diagnose) is *die geen verband houdt* met de eerste, en als bovendien die extra zorgvraag tot substantiële meerkosten leidt.

De DBC die verweerder gehanteerd heeft is een passende. Uit het dossier is niet af te leiden dat er nog aanspraak zou bestaan op parallelle DBC's.

Definitief advies

Nota genoemd bij g

Geconstateerd wordt dat verweerder de rekening van de specialist afwijst (€ 1.520,46). Verweerder schrijft in de e-mail van 31 december 2012 dat deze verband houdt met de keuze van verzoekster voor een eenpersoonskamer. Volgens de specificatie gaat het echter om pre- en postoperatieve zorg (waarbij onder meer laboratorium-onderzoek en verbandmiddelen), plus kosten van de operatie zelf; dit zijn kosten die (deels of geheel) in Nederland onder de DBC zouden vallen. De kosten voor de eenpersoonskamer zijn elders gedeclareerd.

DBC

Omdat er twee ingrepen in één sessie zijn gedaan, past geen van de genoemde DBC-codes precies. Dit zou ook gelden als de zorg in Nederland zou zijn verleend. Als er een keuze is, dan wordt de 'zwaarste' DBC gekozen.

Opgemerkt zij, dat verweerder in de brief van 27 september 2012 een hoger maximum bedrag (€5.195,37) noemt dan het in de brief van 30 augustus 2012 genoemde bij dezelfde diagnose (€ 3.541,34).

Verzoekster is geïndiceerd voor vergoeding van de behandeling conform het bij de door verweerder gehanteerde DBC behorende bedrag.

Juridische beoordeling

Het College heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, is het College van oordeel dat verzoekster niet in aanmerking komt voor het gevraagde.

In artikel 9 van de IZA Zorgverzekering Gemeentezorgpolis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bepaald:

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is;
- zorg in natura (natura) of vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) volgens het bepaalde in artikel 1.1 van deze verzekeringsvoorwaarden, door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;

4/ZA/2012110844

- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

De medisch adviseur heeft aangegeven dat verzoekster is geïndiceerd voor vergoeding van de behandeling conform het bij de door verweerder gehanteerde DBC behorende bedrag.

Definitief advies

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

Hoogachtend, .

2012.00536
12 OKT 2012

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
Postbus 291
3700 AG ZEIST

Uw brief van
11 september 2012

Uw kenmerk
G47 2012.00536/13/G

Datum
11 oktober 2012

Ons kenmerk
ZA/2012110844

Behandeld door

Doorkiesnummer
(020) 797 88 03

Zaaknummer
2012104701

Onderwerp
Advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 11 september 2012 aan het College voor zorgverzekeringen advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet. Op 8 oktober 2012 hebt u het College een afschrift van een nagekomen stuk in deze kwestie gestuurd.

Verzoekster en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van een chirurgische behandeling van de linkervoet, uitgevoerd te Ratingen (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, hierbij rekening houdende met de vraag van uw commissie of twee DBC's dienen te worden vergoed.

Nu verweerder aan verzoekster een vergoeding van operatieve behandeling toekent, staat de indicatie kennelijk niet ter discussie. Het geschil betreft de hoogte van de vergoeding.

Verzoekster onderging in september 2011 een chirurgische behandeling van haar linkervoet in Duitsland. Volgens de orthopedisch chirurg (offerte en operatieverslag) was sprake van voorvoetdeformatie met doorgezakte voet/spreidvoet, instabiliteit van het TMT 1 gewricht en het naviculo-cuneiforme gewricht, metatarsalgie van de MT 2 en 3 gewrichten, deformatie van de 4^e en 5^e teen en een flexiecontractuur in het 3^e DIP-gewricht. De operatieve behandeling bestond uit operatieve behandeling van hallux valgus (artrodese van het TMT-1 en naviculo-cuneiforme gewricht, beenplastiek naviculo-cuneiforme I en Akin-osteotomie I) en operatieve behandeling van spreidvoet/metatarsalgie (metatarsaal osteotomie van MT II en MT III; tenotomie van de buigpees van DIP III, correctieartrodese PIP en DIP IV, tijdelijke artrodese met Kirschner draad en osteotomie van het os metatarsale V met Kirschner-draad).

'Vertaald' naar de Nederlandse DBC-systematiek kan gesproken worden van de volgende DBC-codes:

05 11 00 2030 0 213 = reguliere, operatieve klinische zorg

Platvoet/spreidvoet/metatarsalgie

05 11 00 2050 0 213 = reguliere, operatieve klinische zorg Hallux valgus.

De bijbehorende tarieven omvatten tweemaal ziekenhuiskosten, waarbij echter sprake is geweest van één ziekenhuisopname. Een deel van deze kosten zullen 'dubbel' zijn en een en dezelfde zorg betreffen.

Verzoekster heeft op 6 oktober en 29 november 2011 in totaal acht nota's voor vergoeding ingediend, die door verweerder als 'hulp in het buitenland' zijn aangemerkt, zie onderstaande tabel.

| <i>Nota's (nummer)</i> | <i>Bedrag</i> | <i>Betaling door verweerder</i> |
|---------------------------------|---------------|---------------------------------|
| a. 00065165 | € 3.881,22 | € 1.654,03 |
| b. 01/53245 | € 159,43 | € 0,00 |
| c. 378873 - € 37,22 | | |
| d. 9589 - € 35,53 | € 149,65 | € 149,65 |
| e. nota zonder nummer - € 76,90 | | |
| f. 0127/003729/STAT | € 315,73 | € 315,73 |
| g. 04-60203-7953459 | € 1.520,46 | € 0,00 |
| h. 14-9-2011 | € 52,30 | € 52,30 |

De nota's genoemd onder *c*, *d*, *e*, *f* en *h* zijn door verweerder volledig vergoed.

De nota genoemd bij *a* betreft onder andere de chirurgische behandeling. Deze behandeling valt onder medisch-specialistische zorg (DBC). Voor deze nota geldt, dat deze niet volledig onder de Zorgverzekeringswet valt en verminderd moet worden met € 450,94: dit bedrag betreft een toeslag voor een eenpersoonskamer. Een dergelijke toeslag valt niet onder de vergoeding vanuit de basisverzekering.

De nota genoemd bij *b* betreft een schoen voor het ontlasten van de voorvoet, type Mailand, inclusief aanmeten. Deze kan, gezien de productinformatie, beschouwd worden als een verbandschoen. 'Vertaald' naar de Nederlandse situatie, kan een dergelijke schoen onder de medisch-specialistisch zorg (DBC) in het kader van het postoperatieve traject.

De nota genoemd bij *g* betreft preoperatief onderzoek (onder andere laboratorium-onderzoek), operatieve handelingen en operatiemateriaal, postoperatieve controles, fysiotherapie postoperatief en verbandmateriaal (intramuraal). Deze vallen onder de medisch-specialistische zorg c.q. onder de betreffende DBC.

Met betrekking tot de vraag of de toegepaste DBC voor de berekening van de vergoeding de meest passende is, wordt het volgende opgemerkt. Als er een keuze is, dan wordt de 'zwaarste' DBC gekozen (in dit geval de 'platvoet DBC'). Het College controleert of onderdelen van de nota buiten de DBC vallen en eventueel apart vergoed kunnen worden.

In de onderhavige casus is sprake van één zorgvraag met verschillende mogelijke oorzaken, maar er kan maar 1 DBC worden vergoed. Er is geen reden op basis van het dossier om een parallelle DBC te openen.

Een parallelle DBC mag pas geopend worden als er een extra zorgvraag (tweede diagnose) is *die geen verband houdt* met de eerste, en als bovendien die extra zorgvraag tot substantiële meerkosten leidt.

De DBC die verweerder gehanteerd heeft is een passende. Uit het dossier is niet af te leiden dat er nog aanspraak zou bestaan op parallelle DBC's.

Verzoekster is geïndiceerd voor vergoeding van de behandeling conform het bij de door verweerder gehanteerde DBC behorende bedrag.

Juridische beoordeling

Het College heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, is het College van oordeel dat verzoekster in aanmerking komt voor het gevraagde.

In artikel 9 van de IZA Zorgverzekering Gemeentezorgpolis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bepaald:

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is;
- zorg in natura (natura) of vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) volgens het bepaalde in artikel 1.1 van deze verzekeringsvoorwaarden, door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

De medisch adviseur heeft aangegeven dat verzoekster is geïndiceerd voor vergoeding van de behandeling conform het bij de door verweerder gehanteerde DBC behorende bedrag.

Advies

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

Hoogachtend,

;