



Advies Zorginstituut Nederland in een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 19 april 2022 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van medisch-specialistische zorg.

Bij de adviesaanvraag heeft de SKGZ een kopie van het dossier gestuurd. Het Zorginstituut brengt een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting en/of aanvullende stukken nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

In de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op medisch-specialistische zorg omschreven. Dit komt overeen met de Zvw.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Er is een BIG-geregistreerde medisch adviseur betrokken bij de beoordeling van het geschil. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Situatie van verzoeker

Zoon van verzoeker is tijdens een verblijf in Frankrijk op 27 juli 2021 per ambulance naar een ziekenhuis vervoerd. Daar is een EEG gemaakt, hij werd niet opgenomen. Op 4 augustus 2021 is hij opnieuw met een ambulance naar het ziekenhuis vervoerd. Aansluitend was hij opgenomen van 4 tot en met 7 augustus 2021 vanwege een epileptische aanval. Door het ziekenhuis is hiervoor een eigen bijdrage van 20% in rekening gebracht. Verzoeker heeft hiervoor een aanvraag van vergoeding ingediend.

Verweerder heeft het verzoek afgewezen en voert hierbij aan dat het gaat om een eigen bijdrage.

U heeft aan het Zorginstituut de volgende vraag gesteld: *“Heeft de verzekeraar de juiste DBC-zorgproductcode gehanteerd om tot de hoogte van de vergoeding te komen?”*

Het Zorginstituut gaat hieronder op deze vragen in.

Juridisch kader

Op grond van artikel 2.4, lid 1, van het Bzv omvat geneeskundige zorg, zorg zoals onder meer medisch specialisten die plegen te bieden. Verder geldt dat de zorg moet voldoen aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’.¹ Het criterium bepaalt of een specifieke behandeling behoort tot het verzekerde pakket. Nadat is

¹ Art. 2.1 lid 2 Bzv



vastgesteld dat een behandeling als een verzekerde prestatie is aan te merken, dient te worden vastgesteld of een individuele verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de prestatie.²

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag of de aan de zoon van verzekerde verleende medisch-specialistische zorg tot de verzekerde zorg behoort en of de verzekerde hiervoor een indicatie had is niet in geschil is. De hoogte van de vergoeding in geschil is, hierover heeft het Zorginstituut geen adviesbevoegdheid.

De zorg is op basis van de door verzoeker getoonde European Health Insurance Card (EHIC) verrekend. Bij gebruik van een EHIC gelden de voorwaarden van het land waar de zorg wordt verkregen. Het kan zijn dat een eigen bijdrage moet worden betaald voor de behandeling. De verzekerde betaalt alleen de kosten die de verzekerden in dat land ook zelf moeten betalen. De eigen bijdrage van 20% voor ziekenhuisopname is conform de voor Frankrijk geldende regelgeving gefactureerd. Verweerder is nagegaan of een vergoeding zonder EHIC tot een ander tarief zou leiden dan het Franse. Hiervoor is DBC 069899276 toegepast.

- Geldigheidsperiode product 1-1-2021 tot 31-12-2021
- Zorgproductcode 069899276
- Declaratiecodes 15E682
- Categorie DBC-zorgproduct vrij segment
- Omschrijving (be)handeling Kinderneurologie | Klin 1-5 | KNF middel/ licht/ Psychodiagn licht/ geen psychodiagn | Multidisciplinair licht/ niet multidisciplinair | Zorgvraag regulier | Zenuwstelsel epilepsie/convulsie
- Omschrijving consument Maximaal 5 verpleegdagen met teambehandeling en klinisch neurofysiologisch onderzoek bij epilepsie of stuip bij kind
- Segment Vrij
- Aanspraakbeperking Nee

Maximum tarief n.v.t.

Een zorgaanbieder rekent het tarief dat is overeengekomen met de zorgverzekeraar of het (passanten)tarief dat is overeengekomen met de patiënt bij het ontbreken van een contract met de zorgverzekeraar. Het voor Nederland marktconforme tarief kwam lager uit dan het Franse tarief.

DBC-code 069899276:

Omschrijving (be)handeling

Kinderneurologie | Klin 1-5 | KNF middel/ licht/ Psychodiagn licht/ geen psychodiagn | Multidisciplinair licht/ niet multidisciplinair | Zorgvraag regulier | Zenuwstelsel epilepsie/convulsie

Omschrijving consument

Maximaal 5 verpleegdagen met teambehandeling en klinisch neurofysiologisch onderzoek bij epilepsie of stuip bij kind.

² Art. 2.1 lid 3 Bzv



DBC-code 069899275:

Omschrijving (be)handeling

Kinderneurologie | Klin 1-5 | KNF middel/ licht/ Psychodiagn licht/ geen
psychodiagn | Multidisciplinair licht/ niet multidisciplinair | Zorgvraag zwaar |
Zenuwstelsel epilepsie/convulsie

Omschrijving consument

Maximaal 5 verpleegdagen met observatie en met teambehandeling en klinisch
neurofysiologisch onderzoek bij epilepsie of stuip bij kind

Het verschil tussen beide DBC's is de omschrijving van de zorgvraag en de prijs.

Antwoord op vraag SKGZ

De twee DBC-codes zouden passend kunnen zijn, echter beschikt het dossier over onvoldoende informatie om te beoordelen welke DBC het meest passend is.

Conclusie

Het Zorginstituut kan niet beoordelen of verzekerde wel of geen aanspraak heeft op de hoogte van de vergoeding van de in Frankrijk betaalde eigen bijdrage. Dit valt buiten ons adviesbevoegdheid.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

De twee DBC-codes zouden passend kunnen zijn, echter beschikt het dossier over onvoldoende informatie om te beoordelen welke DBC het meest passend is. Het Zorginstituut kan niet beoordelen of verzekerde wel of geen aanspraak heeft op de hoogte van de vergoeding van de in Frankrijk betaalde eigen bijdrage. Dit valt buiten ons adviesbevoegdheid.