



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 14 december 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 hoogte van de vergoeding van de kosten voor een in België uitgevoerde operatie.

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 artikel 18.2 en 18.17 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering zijn de voorwaarden voor vergoeding van zorg in het buitenland respectievelijk 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. 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

Verzoeker heeft na de diagnose prostaatkanker op 1 maart 2022 een operatie, een radicale prostatectomie met lymfadenectomie, ondergaan in het OLV Ziekenhuis in België. Hiervoor heeft verweerder op 25 februari 2022 zowel telefonisch als schriftelijk toestemming verleend. In de machtiging van verweerder van 25 februari 2022 is aan verzoeker meegedeeld dat vanuit de basisverzekering de kosten voor de aangevraagde behandeling, consulten, onderzoeken en controles, tot maximaal het Nederlandse tarief wordt vergoed en dat het maximale tarief gezien de van toepassing zijnde DBC (Diagnose behandeling combinatie)-code € 20.030,87 is. De toegepaste DBC-declaratiecode is 15A080. In de machtiging is ook vermeld dat de verblijfskosten boven de reguliere verpleegklasse, hotelkosten en vervoerskosten niet worden vergoed.

Van het ziekenhuis ontving verzoeker op 4 mei 2022 een nota van € 12.548,62, die hij bij verweerder heeft gedeclareerd. Bij brief van 6 juni 2022 heeft verweerder aan verzoeker meegedeeld dat hiervan € 8.601,95 wordt vergoed. Uit de bijlage bij de brief blijkt dat een bedrag van € 3.945,67 niet wordt vergoed. Uit de nota blijkt dat dit de kosten zijn voor een eenpersoonskamer (€ 340,38) en de daarmee samenhangende extra gerekende honoraria, de zogenaamde ereloonsupplementen (€ 3.595,83). Verzoeker wenst dat ook deze kosten worden vergoed.

Verweerder heeft in de heroverweging van 22 juni 2022 toegelicht dat in de polisvoorwaarden is vermeld dat kosten voor een eenpersoonskamer zijn uitgesloten voor vergoeding. Reden hiervoor is dat in Nederland geen extra kosten voor een eenpersoonskamer in rekening worden gebracht.



Verweerder stelt zich verder op het standpunt dat ereloonsupplementen die zijn gekoppeld aan de eenpersoonskamer een opslag betreffen bovenop de reguliere honoraria. Deze opslag houdt verband met de eenpersoonskamer en daarmee zijn deze ereloonsupplementen volgens verweerder sec geen verrichte zorgkosten die vergoed behoren te worden op grond van de Zvw.

Juridisch kader

Op grond van artikel 13 van de Zvw is het mogelijk om voor zorg uit het basispakket naar een zorgaanbieder te gaan waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft. Dat kan ook een zorgaanbieder in het buitenland zijn. Artikel 2.2, tweede lid, aanhef en sub b, van het Besluit zorgverzekering regelt dat de zorgverzekeraar in zo'n geval niet meer hoeft te betalen dan het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden als redelijk moet worden beschouwd.

De indicatie voor de geleverde medische specialistische zorg in België en de toegepaste DBC-code staan niet ter discussie.

Het geschil betreft de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een hogere vergoeding voor de kosten van de behandeling dan reeds aan hem is uitgekeerd, namelijk of verweerder de kosten voor de eenpersoonskamer en de daarmee samenhangende ereloonsupplementen dient te vergoeden ten laste van de basisverzekering.

Het voormalige College voor Zorgverzekeringen (het huidige Zorginstituut) heeft over dergelijke vraag eerder gegeven advies, namelijk in een advies¹ van 15 december 2008.

Beoordeling

De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.

In voornoemd advies heeft het College uiteengezet dat uit het arrest Vanbraekel² volgt dat de kosten die na toepassing van de Belgische sociale ziektekostenverzekering voor eigen rekening van een verzekerde blijven, mits deze tot de verzekerde prestaties behoren, gecompenseerd moeten worden tot het maximumbedrag dat in Nederland in rekening gebracht had mogen worden.

Tevens heeft het College geoordeeld dat supplementen en remgelden in beginsel kosten van zorg betreffen, met uitzondering van kamersupplementen. De (ereloon)supplementen zijn een deel van het honorarium van de Belgische specialist voor het verlenen van zorg. Het honorarium in België is variabel, maar dat betekent niet dat er in bepaalde gevallen een soort bonus achteraf wordt gegeven waar geen verrichte zorg tegenover staat.

Over de hoogte van de honorariumkosten/ereloonsupplementen heeft het College nog het volgende overwogen. DBC-tarieven bestaan voor een deel uit honorariumkosten, waarbij in het algemeen wordt uitgegaan van een gemiddelde: de salariskosten zijn identiek ongeacht welk ziekenhuis de DBC in rekening brengt en ongeacht de kamer waar verzekerde ligt (verpleegklasse). In de Zvw is vergoeding van hogere salariskosten niet uitgesloten omdat dat niet nodig is.

¹ Standpunt d.d. 15 december 2008, zaaknummer 28098994. Te raadplegen via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2008/12/15/aanvullende-kosten-bij-medisch-specialistische-behandelingen-in-belgie-gemaximeerd-tot-nederlandse-tarieven>

² Arrest van het Hof van Justitie van 12 juli 2001, ECLI:EU:C:2001:400, te raadplegen via: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=CELEX%3A61998CJ0368&qid=1672923066336>



De vergoeding is onder (bijna³) alle omstandigheden gemaximeerd tot het in Nederland geldende tarief voor dezelfde ingreep, waardoor er een plafond is aangebracht voor excessieve declaraties.

Uit het voorgaande volgt dat verzoeker recht heeft op vergoeding van de kosten van de ereloonsupplementen voor zover de totale kosten van de behandeling het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden als redelijk wordt beschouwd niet overschrijden. Dat de ereloonsupplementen zijn gekoppeld aan het verblijf in een eenpersoonskamer maakt niet dat het geen zorgkosten zijn. De kosten voor de eenpersoonskamer zijn geen zorgkosten en worden niet vergoed uit de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan aanspraak maken op vergoeding van de kosten van de (ereloon)supplementen voor zover de totale kosten van de behandeling het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden als redelijk wordt beschouwd niet overschrijden. Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van het kamersupplement in verband met de keuze voor een eenpersoonskamer.

³ Dit ligt anders als de noodzakelijke behandeling niet in een gecontracteerde of andere instelling in Nederland kan plaatsvinden