



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 10 maart 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 een endoscopische decompressie L5/S1 rechts.

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 geneeskundige 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

Verzoeker heeft in de periode van 26 april 2021 tot en met 25 mei 2021 zorg ontvangen in de Ipremburg Herniakliniek (hierna: de kliniek). De zorg betrof een endoscopische decompressie L5/S1 rechts. De kliniek heeft deze zorg met declaratiecode 15E829 en zorgproductcode 131999284 in rekening gebracht.

Verweerder heeft de kosten deels vergoed. Verweerder heeft dat gedaan uit coulance op basis van DBC code 131999285/15E830. Verzoeker is van mening dat het toegepaste tarief niet klopt en wil graag de volledige dan wel een hogere vergoeding.

U heeft aan het Zorginstituut de volgende vragen gesteld: "of in de gegeven omstandigheden de zorgactiviteit 'verpleegdag' in rekening mocht worden gebracht en daarmee deel uitmaakt van het verzekerde pakket en zo ja, of verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs was aangewezen."

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 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 adviestaak van het Zorginstituut beperkt is tot de vraag of verzoekster aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Niet in geschil is de aanspraak op de uitgevoerde operatie.

DBC staat voor diagnose behandelcombinatie. Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuis-activiteiten. Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

Zorgaanbieder heeft zorgproduct DBC 131999284 in rekening gebracht:

- Geldigheidsperiode product 1-1-2021 tot 31-12-2021
- Zorgproductcode 131999284
- Declaratiecodes 15E829 / 17E829
- Categorie DBC-zorgproduct vrij segment
- Omschrijving (be)handeling Oper wervelkolom middelzwaar | Met VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma
- Omschrijving consument Operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel
- Segment Vrij
- Aanspraakbeperking Ja

Verweerder heeft vergoeding gegeven op basis van DBC 131999285:

- Geldigheidsperiode product 1-1-2021 tot 31-12-2021
- Zorgproductcode 131999285
- Declaratiecodes 15E830 / 17E830
- Categorie DBC-zorgproduct vrij segment
- Omschrijving (be)handeling Oper wervelkolom middelzwaar | Zonder VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma
- Omschrijving consument Operatie aan de wervelkolom bij een ziekte van botspierstelsel
- Segment Vrij
- Aanspraakbeperking Ja

Het verschil tussen beide DBC's is dat bij 131999284 gerekend wordt dat patiënt klinisch was opgenomen (verpleegdagen – VPLD). Volgens het factuur van de kliniek in augustus 2021 met factuurdatum 16 juni 2021 is bij verzoeker op 25 mei 2021 een laminectomie uitgevoerd, waarbij een verpleegdag als zorgactiviteit is genoteerd. In de toelichting op de factuur geeft de kliniek aan dat na de operatie de patiënt wordt overgedragen naar een verpleegkamer in een aangrenzende zorglocatie.

¹ Art. 2.1 lid 2 Bzv

² Art. 2.1 lid 3 Bzv



Antwoord op vragen SKGZ

U vraagt of de zorgactiviteit “verpleegdag” deel uitmaakt van het verzekerde pakket. Een verpleegdag is een declaratie-term. Het gaat niet om de vraag of de zorg onder de Zvw valt, maar betreft de declaratie van de zorg. Het Zorginstituut kan niet beoordelen of de kliniek ingeval van verzekerde terecht een verpleegdag heeft geregistreerd. Het Zorginstituut kan dan ook niet zeggen welke DBC het meest passend is.

Klinische opname in verband met een laminectomie kan tot de te verzekeren zorg behoren. Hiervoor moet er sprake zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg. De noodzakelijke verpleging maakt daarvan deel uit.³ Verblijf is gedefinieerd als verblijf gedurende het etmaal. Op basis van de gegevens in het dossier is niet aan te geven of hiervan ingeval van verzekerde al dan niet sprake was.

Conclusie

Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van een endoscopische decompressie L5/S1 rechts ten laste van de basisverzekering. Deze operatie is niet in geschil. Het Zorginstituut kan niet beoordelen of de kliniek terecht een verpleegdag heeft geregistreerd. Het Zorginstituut kan ook niet aangeven welke DBC het meest passend is.

Het advies

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

Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van een endoscopische decompressie L5/S1 rechts ten laste van de basisverzekering, maar kan niet aangeven of terecht een verpleegdag is geregistreerd.

³ Artikel 2.12 Bzv