

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg Europa, second opinion
Zaaknummer	: 2007.02482
Zittingsdatum	: 19 november 2008

Zaak: 2007.02482, geneeskundige zorg Europa, second opinion

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 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 27 augustus 2008 de door hem in Duitsland ondergane second opinion niet volledig te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Restitutie Polis (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 neurochirurg heeft verzoeker, na twee HNP-operaties op niveau L4-5 medegedeeld dat hij niets meer voor hem kon doen. Verzoeker heeft naar aanleiding daarvan bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een second opinion in Duitsland ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 augustus 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.
- 3.3. Op 22 en 23 januari 2007 hebben de onderzoeken, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 21 december 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 11 maart 2008 heeft verzoeker zijn geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft plaatsgevonden. Deze bemiddeling heeft niet tot een oplossing geleid.
- 3.6. Bij brief van 17 juni 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

- 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 2 september 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 september 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en zorgverzekeraar hebben op 12 oktober respectievelijk 5 november 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 5 september 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 29 september 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat verzoeker op basis van de polisvoorwaarden geen recht kan doen gelden op een hogere vergoeding dan het reeds door de zorgverzekeraar toegekende bedrag. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 november 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 20 november 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 21 november 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat door de zorgverzekeraar een onjuiste DBC-prestatiecode is vastgesteld, waardoor hem een te lage vergoeding voor zijn second opinion is uitgekeerd.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd dat het hem niet aannemelijk voorkomt dat het tarief van de DBC-prestatiecode kostendekkend is voor een second opinion, zeker niet voor de beoordeling van een MRI van de volledige rug.
- 4.3. 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 voor verzoeker de meest gunstige DBC-prestatiecode is toegepast. De DBC-prestatiecode die overeenkomt met de DBC-prestatiecode die door de neurochirurg van verzoeker in Nederland is toegepast, had voor verzoeker een aanzienlijk lagere vergoeding opgeleverd.

- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de tarieven in Duitsland in het algemeen hoger liggen dan de tarieven in Nederland.
- 5.3. 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 restitutiepols, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. In dit artikel wordt, voor zover hier relevant, het volgende bepaald:

"Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen een second opinion door een medisch specialist. De aanspraak omvat tevens de toe te passen materialen (zoals geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen).

(...)

Door: medisch specialist.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief."

Artikel 12 van de zorgverzekering regelt het recht op vergoeding van kosten en bepaalt, voor zover van belang:

"De verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van de vormen van zorg of diensten zoals omschreven in deze modelovereenkomst.

De kosten worden vergoed indien de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in de modelovereenkomst is voldaan, tot ten hoogste de geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven meer gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Op de vergoeding worden in mindering gebracht een eigen risico en een eventuele, krachtens de wet vastgestelde eigen bijdrage."

Artikel 9 van de zorgverzekering ziet op het buitenland. Lid 1 van dit artikel bepaalt:

"De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg die verleend wordt door een zorgaanbieder buiten Nederland. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- *het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
- *indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.”*

In artikel 1 van de zorgverzekeringen, de definitiebepaling, worden de begrippen Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) en het Wtg-tarief als volgt omschreven:

“14. Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): het op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert.

50. Wtg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld of goedgekeurd door het CTG/de Zorgautoriteit i.o., volgens de Wet tarieven gezondheidszorg.”

- 7.2. De regeling in de artikelen 1, 9, 12 en 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt 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 stelt vast dat tussen partijen niet in geschil is dat sprake is van medisch specialistische zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, alsmede dat sprake is van een indicatie in de zin van de polisvoorwaarden. Met de schriftelijke mededeling van de zorgverzekeraar de door verzoeker in Duitsland ondergane second opinion tot een bedrag van € 414,65 te vergoeden, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg en de vraag naar de indicatie immers niet meer relevant. Derhalve is in geschil of de zorgverzekeraar de juiste DBC-prestatiecode heeft toegepast en of de vastgestelde vergoeding daarmee in overeenstemming is.
- 7.6. Een DBC-prestatiecode, op grond waarvan in de Nederlandse systematiek, declaraties van zorg worden ingediend, bestaat uit veertien cijfers, die als volgt worden vastgesteld:

- cijfer 1-2: specialisme
- cijfer 3-4: zorgtype
- cijfer 5-6: zorgvraag
- cijfer 7-10: diagnose
- cijfer 11-14: behandelas

- 7.7. Door de zorgverzekeraar is voor de onderhavige second opinion DBC-prestatiecode 05.11.00.1350.0111 vastgesteld. Partijen zijn het niet eens over het specialisme (05, orthopedie), de diagnose (1350, kanaal stenose) en de behandelas (0111, conservatief poliklinisch). Verzoeker stelt naar aanleiding van een schermprint die hij van zijn neurochirurg heeft gekregen dat het hier gaat om een neurochirurgische behandeling en dat uitgaan dient te worden van de diagnose code 4840, die staat voor poliklinische behandeling, meerdere consultenomvattend, niet chronisch.
- 7.8. Met betrekking tot de DBC-prestatiecode oordeelt de commissie als volgt. Vast staat dat voor de bepaling van het specialisme, indien een zorgvorm tot het terrein van meerde specialismen behoort, uitgaan dient te worden van de specialist die de zorg heeft verleend. Omdat verzoeker zowel een neurochirurg als een orthopedisch chirurg heeft geconsulteerd voor de second opinion, dient voor de voor verzoeker meest gunstige specialisme code te worden gekozen. In dit geval dient de specialisme code 05, orthopedie te worden gekozen. Het zorgtype staat tussen partijen niet ter discussie, zodat de commissie uitgaat van zorgtype 11, reguliere zorg. De zorgvraag wordt binnen het specialisme orthopedie standaard met code 00 aangeduid. Het gevolg van het feit dat in deze situatie voor verzoeker de meest gunstige DBC-prestatiecode dient te worden toegepast, is dat de ‘Instructie DBC-registratie orthopedie’ van toepassing is. Om die reden kan de diagnosecode 4840, die door de neurochirurg van verzoeker wordt gebruikt, niet worden toegepast bij de vaststelling van de DBC-prestatiecode ten behoeve van de second opinion. Uitgaande van de diagnose die tijdens de second opinion in Duitsland is vastgesteld (wervelkanaalstenose op niveau L4-5), is de door de zorgverzekeraar gekozen diagnose code 1350, die staat voor thoracale of lumbale kanaal stenose, naar het oordeel van de commissie niet onbegrijpelijk. Gegeven het feit dat verzoeker in Nederland reeds twee keer eerder aan een hernia op niveau L4-5 is geopereerd - hetgeen niet door de zorgverzekeraar is weersproken - had wellicht gekozen kunnen worden voor diagnose code 1365, die staat voor failed back surgery syndroom, doch dit levert voor verzoeker geen hogere vergoeding op. Voor zover het verzoek ziet op het vaststellen van een juiste behandelas merkt de commissie op dat een keuze uit de toepasselijke behandelassen, 0111 dan wel 0112, voor de hoogte van de vergoeding niet uitmaken. Omdat uit het schermprint dat verzoeker heeft aangeleverd uitsluitend de eerste twee cijfers duidelijk worden, gaat de commissie uit van de door de zorgverzekeraar gehanteerde behandelas 0111.
- 7.9. De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 05.11.00.1350.0111, die ziet op een orthopedie/reguliere zorg/thoracale/lumbale kanaal stenose /conservatief poliklinisch onder de gegeven omstandigheden meest passende DBC-code is. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief ten tijde van de operatie een gegeven is - te weten € 414,65, zoals blijkt uit de NZa tariefapplicatie.

7.10. Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit 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.

7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 december 2008,

Voorzitter