

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, toekenning DBC bij meerdere
indicaties en behandeling door dezelfde arts
Zaaknummer : 2011.02094
Zittingsdatum : 27 juni 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), prof. mr. A.I.M. van Mierlo en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de medisch specialistische zorg door dr. D. Pflitsch te Aken, Duitsland, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster in de gelegenheid heeft gesteld nadere informatie van de betreffende arts in te dienen.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 16 februari 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 april 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 mei 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 mei 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 juni 2012 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster heeft bij brief van 15 mei 2012 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 27 april 2012. Een afschrift van deze brief is aan de ziektekostenverzekeraar en het CVZ gezonden.
- 3.9. Bij brief van 2 mei 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 25 mei 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012058900) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster is geïndiceerd voor de zorg conform de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 27 juni 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 2 juli 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 5 juli 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend arts heeft in zijn verklaring van 30 mei 2011 medegedeeld dat bij verzoekster sprake is van meerdere chronische ziekten, waarvoor regelmatig medische controles noodzakelijk zijn, te weten: "Chronische Thyreoiditis (Hashimoto), Hypertonie [bedoeld zal zijn hypertensie] mit hypertensiven Entgleisungen, Diabetes mellitus, Hyperlipoproteïnämie", en "Carotissklerose".
- 4.2. Verzoekster is in 1988 onder behandeling gekomen in de Universiteitskliniek te Aken in verband met niet eerder gediagnosticeerde "Borreliosis Burgdorferi". Hiervoor diende zij zich daarna jaarlijks te laten controleren. Door de jaren heen is hier de behandeling van meerdere aandoeningen bijgekomen. In 2006 zijn haar klachten dusdanig toegenomen, dat haar is geadviseerd zich voor verdere behandeling te wenden tot dr. Pflitsch, vrijgevestigd internist te Aken. Ondanks dat sprake is van meerdere indicaties, vergoedt de ziektekostenverzekeraar de gemaakte kosten tot de maximumvergoeding die geldt voor één DBC, te weten die voor de behandeling van de thyreoiditis. Als gevolg hiervan worden niet alle kosten van de controles en onderzoe-

ken vergoed.

- 4.3. Verzoekster stelt dat de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 7 oktober 2010 een brief aan de zorgaanbieders heeft doen uitgaan, dat “men voor chronische ziekten kan terugvallen op de bestaande bekostiging, dit naar aanleiding van de discussies van de Staten Generaal inzake DBC's.” Daarnaast verwijst verzoekster naar de mogelijkheid van vergoeding van ketenzorg.
- 4.4. Dankzij de behandelend arts is verzoekster, ondanks haar aandoeningen, in staat thuis en in de maatschappij zelfstandig en actief te zijn.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat in 1995 is vastgesteld dat zij een probleem had met haar schildklier. Zij ondervindt hiervan echter nauwelijks klachten. Daarnaast kan zij de statines, die destijds zijn voorgeschreven in verband met haar te hoge cholesterol, niet verdragen. Daarom neemt verzoekster deze niet in. Wel staat zij hiervoor onder controle. De behandeling door de onderhavige arts richt zich evenwel voornamelijk op de diabetes. Verzoekster benadrukt dat op de internet-site van de ziektekostenverzekeraar staat vermeld dat de kosten van ketenzorg volledig worden vergoed. Verzoekster is het niet eens met de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de behandelend arts huisarts zou zijn. Zij is het er evenmin mee eens dat zij alleen naar een gecontracteerde zorgverlener in het buitenland zou mogen gaan.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Op grond van de zorgverzekering heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg in het buitenland tot maximaal het tarief dat in Nederland voor de betreffende behandeling geldt.
 - 5.2. De multidisciplinaire zorg die dr. Pflitsch aan verzoekster verleent, wordt in Nederland niet uitgevoerd. In Nederland zou verzoekster voor de verschillende indicaties door verschillende specialisten worden behandeld en zouden hiervoor verschillende DBC's worden vergoed. Als deze behandelingen in het buitenland door verschillende specialisten zouden worden verricht, zouden hiervoor verschillende DBC's worden vergoed. Gezien de overlap tussen de verschillende behandelingen die verzoekster bij dr. Pflitsch ondergaat, is het onmogelijk een onderscheid te maken tussen de verschillende DBC's. Om verzoekster toch van dienst te zijn, heeft de ziektekostenverzekeraar haar een vergoeding toegekend op basis van de 'zwaarste' DBC.
 - 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat reeds vanaf 2009 met betrekking tot de aan verzoekster verleende zorg wordt gewerkt met maximumtarieven, die zijn gebaseerd op de DBC-systematiek. De behandelend arts is huisarts, maar declareert als internist. De ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van een DBC-code voor een internist. Als ook huisartsenzorg wordt verleend, zou dit wellicht een verschil maken voor de vergoeding. Overigens is de behandelend arts niet gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent niet dat verzoekster zich niet tot deze arts mag wenden, maar alleen dat er een verschil is in de hoogte van de vergoeding.

5.4. De door verzoekster genoemde volledige vergoeding voor ketenzorg staat vermeld in het vergoedingenoverzicht en niet in de polisvoorwaarden. Overigens zou van de vijf indicaties alleen de behandeling van diabetes voor vergoeding in aanmerking kunnen komen.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak volledig in te willigen ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

“U woont in Nederland of in een ander EU-/EER-land of verdragsland

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

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;

- vergoeding van de kosten van zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door [naam ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;

- vergoeding van de kosten van zorg door een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

*Deze keuzemogelijkheden hebt u ook als u woont in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, en u maakt gebruik van zorg in uw woonland of in een ander EU-/EER-land of verdragsland tijdens vakantie of ander tijdelijk verblijf.
(...)”*

- 8.4. In artikel 1.5 van de zorgverzekering is bepaald dat indien de verzekerde gebruik maakt van zorg die wordt geleverd door een zorgaanbieder met wie de ziektekosten-verzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, hij aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.
- 8.5. In artikel 1.10 van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, bepaald:
- “U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de [naam zorgverzekering] plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de [naam zorgverzekering].
(...)”*
- 8.6. De artikelen 1.5, 1.10, 9 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, 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 artikel 2.4 Bzv.
- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
- 2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de in Duitsland aan verzoekster verleende zorg een verzekerde prestatie is onder de zorgverzekering en dat zij hiervoor een indicatie heeft. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt hen verdeeld.
- 9.2. In dit kader is onder andere van belang of verzoekster, voorafgaand aan de behandeling, toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Nu hiervan in de procedure niet is gebleken, blijft toetsing aan Vo 883/2004 achterwege. Op grond van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (EG), thans Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU), dient aan de voorwaarden van de zorgverzekering te worden getoetst.
- 9.3. Gelet op de polisvoorwaarden, waarmee verzoekster zich bij het afsluiten van de verzekering akkoord heeft verklaard, bestaat bij zorg in het buitenland aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. In Nederland worden de tarieven voor medisch specialistische zorg vastgesteld door middel van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Ter vaststelling van de hoogte van de tarieven voor de door verzoekster genoten zorg heeft de ziektekostenverzekeraar de volgende DBC-code gehanteerd: 0313110002081101 met als omschrijving: *“reguliere zorg // thyreoditis / behandeling nno/niet verbijzonderd poliklinisch”*.
- 9.4. Volgens de instructies voor interne geneeskunde mag, in het kader van de DBC-systematiek, bij meerdere diagnosen toch maar één DBC worden geregistreerd, en wel de zwaarst tellende. De thyreoditis is daarom door de ziektekostenverzekeraar terecht als hoofddiagnose beschouwd. Dat de behandeling door de onderhavige arts zich met name richt op de diabetes, maakt het voorgaande niet anders. Wellicht ten overvloede merkt de commissie hierbij op dat indien voor de vaststelling van de vergoeding zou worden uitgegaan van de DBC die voor de behandeling van de diabetes is vastgesteld, dit tot een lagere vergoeding zou leiden.
- 9.5. Een parallelle DBC kan worden geopend als sprake is van een extra zorgvraag (een andere dan de al bestaande zorgvraag) en sprake is van “substantieel meer kosten voor het ziekenhuis c.q. meer inzet door de medisch specialist”. Als richtlijn kan worden gehanteerd dat pas van “substantieel” kan worden gesproken als de inzet of kosten 40 percent hoger liggen dan het gemiddelde van de al openstaande zorgvraag. In de situatie van verzoekster is dit niet komen vast te staan. De vergoeding waarop verzoekster aanspraak heeft is door de ziektekostenverzekeraar derhalve terecht bepaald op basis van voornoemde DBC. Het tarief voor deze DBC was in januari 2010 vastgesteld op € 677,14. De ziektekostenverzekeraar heeft voor voornoemde DBC een vergoeding toegekend van € 640,50. Verzoekster heeft daarom aanspraak op een aanvullende vergoeding van € 36,64. Voor zover de kosten van de behandeling het bedrag van € 677,14 overschrijden, heeft de ziektekostenverzekeraar deze terecht afgewezen.
- 9.6. Een DBC-code wordt in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat dit – gelijk bij verzoekster – niet steeds het geval zal zijn, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Ketenzorg

- 9.7. Verzoekster beroept zich voorts op de regeling inzake ketenzorg. Bij ketenzorg is sprake van een integrale bekostiging van zorgkosten. Integrale bekostiging betekent dat voor de gezamenlijke zorg van verschillende aanbieders één tarief geldt. Ketenzorg is aan de orde bij bepaalde indicaties, zoals diabetes. In de onderhavige situatie is weliswaar sprake van de indicatie diabetes, maar niet van verschillende aanbieders. Verzoekster wordt voor de verschillende indicaties door één aanbieder behandeld. Een beroep op de regeling inzake ketenzorg kan daarom niet slagen.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoekster aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding van € 36,64. Het meer of anders verzochte wordt afgewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen in 9.5 en 9.8 is gesteld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 25 juli 2012,

Voorzitter