

Eekholt 4
1112 XH DiemenPostbus 320
1110 AH Diemen(020) 797 85 55
(020) 797 85 00info@cvz.nl
www.cvz.nlAan de Geschillencommissie van
Stichting Klachten en Geschillen
Zorgverzekeringen (SKGZ)
T.a.v. mevrouw mr.
Postbus 291
3700 AG ZEIST

11 APR 2013

Uw brief van
13 maart 2013Uw kenmerk
G47 2012.02132/13/GDatum
10 april 2013Ons kenmerk
ZA/2013049522Behandeld door
mw. mr.Doorkiesnummer
(020) 797 85 42Zaaknummer
2013038479Onderwerp
Advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 13 maart 2013 aan het College voor zorgverzekeringen advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet. Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van de kosten van Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS) uitgevoerd te Leuven (België). Bij uw adviesaanvraag hebt u ons ook een kopie van het dossier gestuurd, maar een verslag van de hoorzitting ontbreekt nog. Het College brengt daarom een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

Vooraf merkt het College 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 advies van het College kan dus geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Medische beoordeling

Na kennisneming van het geschil heeft het College dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd. De medisch adviseur deelt het volgende mee.

De ondergane behandeling (FESS) is een endoscopische neusoperatie waarbij neuspoliepen die klachten geven en waar conservatieve behandeling geen effect (meer) heeft, worden verwijderd. De behandeling tegen neuspoliepen is zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en de FESS behandeling behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk.

Juridische beoordeling

Het College heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering, is het College van mening dat verzoeker aanspraak kan maken op 75% van de door verzoeker gehanteerde DBC aanspraakcode. Hieronder leggen wij uit hoe wij tot deze conclusie zijn gekomen.

Zorgverzekering

Artikel A.3.2 van de tussen partijen overeengekomen natura zorgverzekering omschrijft dat de inhoud en omvang van de zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate diensten.

Artikel B.4 omschrijft de aanspraak op medisch specialistische zorg en het eventuele verblijf wat daar bij komt kijken.

In artikel A. 21 is bepaald dat een verzekerde die zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener/-instelling, terwijl wel passende zorg verkrijgbaar was bij een gecontracteerde zorgverlener, aanspraak kan maken op 75% van het 'punttarief' danwel het marktconforme tarief.

Aanspraak verzoeker

De eerste vraag die beantwoord moet worden is of de ondergane behandeling wel tot de basisverzekering behoort.

Gelet op het advies van de medisch adviseur van het College voldoet de door verzoeker ondergane behandeling aan de stand van de wetenschap en praktijk en kan het worden gerekend tot de medisch specialistische zorg waar verzoeker krachtens artikel B.4 van de zorgverzekering aanspraak op kan maken.

De aanspraak kan pas geldend gemaakt worden indien verzoeker ook een indicatie heeft voor de behandeling.

Gelet op de beschikbare stukken staat de indicatie niet ter discussie en het College gaat er verder van uit dat verzoeker een indicatie heeft voor de FESS behandeling.

De behandeling behoort tot de basisverzekering en verzoeker kan zijn aanspraak geldend maken, nu komt de vraag aan de orde hoe hoog de vergoeding moet zijn die verweerder aan verzoeker schuldig is.

Verzoeker heeft een natura verzekering afgesloten. Dit houdt in dat hij zich in principe moet wenden tot gecontracteerde aanbieders. De instelling in Leuven waar verzoeker behandeld is, is geen door verweerder gecontracteerde instelling. In dat geval is artikel A.21 van de zorgverzekering van toepassing: verzoeker kan aanspraak maken op 75% van het marktconforme tarief (blijkbaar is voor deze zorgvorm geen 'punttarief').

De door verweerder toegepaste DBC aanspraakcode (02110000360213) is correct, verzoeker kan aanspraak maken op vergoeding van 75% van dit tarief.

Advies College

Het College adviseert u het verzoek van verweerder af te wijzen, voor zover het betreft vergoeding van meer dan 75% van het door verweerder gehanteerde DBC tarief.

Hoogachtend,