

Onderwerp:	Aanvullende kosten bij medisch-specialistische behandelingen in België gemaximeerd tot Nederlandse tarieven
Samenvatting:	In geschil is of de kosten van erelonen, supplementen en remgelden, die gekoppeld zijn aan het verblijf in een eenpersoonskamer in verband met een geplande operatie, gelden als kosten van zorg waarvoor in beginsel recht op restitutie bestaat. Op basis van de polisvoorwaarden is vergoeding van het supplement van de duurdere kamer uitgesloten van vergoeding. De erelonen, supplementen en remgelden voor de diverse medische behandelingen zijn daarentegen wel kosten van verzekerde zorg. Onder de Zorgverzekeringswet is – anders dan onder de Ziekenfondswet - de vergoeding van zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener onder (bijna) alle omstandigheden gemaximeerd tot het in Nederland geldende tarief voor dezelfde ingreep. Daarom kan dit oorzakelijk verband tussen keuze voor particuliere zorg en de hoogte van de declaratie naar het oordeel van het College thans worden losgelaten.
Soort uitspraak:	AaZ = adviesaanvraag Zvw
Datum:	15 december 2008
Uitgebracht aan:	SKGZ

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

Hieronder volgen alleen de voor de beoordeling van dit geschil relevante feiten.

Verzoeker heeft per brief gevraagd om toestemming voor een werveloperatie (fusie van T12 naar L3 in het Universitair Medisch Centrum St. Pieter in Brussel, België. Volgens de bijgaande offerte werden de kosten geschat op € 16.210,89. In deze offerte werd € 4.093,49 gerekend voor verblijf in een eenpersoonskamer en hieraan gerelateerd ereloon en supplementen. Verweerder heeft aan verzoeker in een brief meegedeeld dat de maximale vergoeding voor de ingreep € 15.116,48 bedraagt en dat de extra kosten in verband met het verblijf in de eenpersoonskamer niet vergoed zouden worden. Dit kwam verzekerde kort voor de geplande operatiedatum te weten. Verzekerde kreeg een E-112 formulier dat hij kon afleveren bij de administratie van het ziekenhuis.

Nadat de operatie had plaatsgevonden volgens de offerte, weigert de zorgverzekeraar de rekening te vergoeden voor zover de kosten gerelateerd zijn aan het verblijf in de eenpersoonskamer, te weten € 4.103,10. Verzoeker kan zich hierin niet vinden, nu hij in 2003 exact dezelfde operatie had ondergaan zonder dat daarvoor hem enige kosten aan verbonden waren. Zijn gemachtigde geeft voorts aan dat verzoeker niet zelf gekozen had voor de eenpersoonskamer en dat hij zo kort voor de operatie niet meer had kunnen nagaan of hem nog een andere kamer kon worden toegewezen.

Verweerder stelt zich op het standpunt dat verzoeker volgens zijn polisvoorwaarden geen recht heeft op verpleging in een hogere klasse. Verder is uitgegaan van een maximale vergoeding volgens het WMG-tarief dat bij de operatie hoort.

Toepasselijke zorgverzekering

In dit geschil zijn de volgende bepalingen uit de zorgverzekeringspolis van belang.

Artikel 3

Lid 2 Medisch-specialistische zorg

Omschrijving Medisch-specialistische zorg omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden als bedoeld in artikel 3.6., alsmede de bij de behandeling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Lid 3 Verblijf

Omschrijving Verblijf omvat verblijf in verband met medisch noodzakelijke zorg als bedoeld in artikel 3.1. lid 2 op basis van laagste klasse gedurende het etmaal tot ten hoogste een periode van 365 dagen al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Artikel 4 Buitenland

Omschrijving Zorg, zoals omschreven in artikel 3, genoten in het buitenland.

Toestemmingsvereisten

Voor intramurale zorg buiten het land van vestiging voor zover deze geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.

Aanspraak

1. De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op zorg van een door Univé gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door Univé gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van de kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgaanbieder of instelling zou zijn verleend.

5. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden bestaat, indien Univé vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, aanspraak op vergoeding van kosten van zorg, welke meer kan bedragen dan de in onderdeel 1 aangegeven aanspraak.

Medische beoordeling

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt de medisch adviseur het volgende mee.

Verzekerde heeft in 1995 en 2003 in totaal 3 rugoperaties ondergaan, waarbij o.a. cage op niveau L4-L5 en spondylodese met titanium staaf en bonegrafts op niveau L3-S1 zijn aangebracht. Hierna zijn weer klachten ontstaan van een lumbosacraal syndroom.

Bij onderzoek bleek voortschrijdende discopathie boven het niveau van de fusie, nl van Th 12 tot L3. (dit is een bekend nadeel van fusie-operaties, nl. dat boven en onder het fusieniveau versnelde slijtage optreedt, en is een reden waarom dynamische spondylodese zijn ontwikkeld).

De op 30 november 2007 verrichte ingreep hield in decompressie door middel van laminectomie van Th12 tot L3, uitbreiding vertebrale osteosynthese met titanium staaf en bonegraft van Th 12 tot L2.

De DBC die in Nederland hiervoor wordt gebruikt is:

DBC orthopedie, specialisme = 5

Reguliere zorg = 11

Arthrosis/spondylosis = 1301

Behandeling operatief klinisch met gewrichtsprothese = 223
(05-11-00-1301-0223).

De behandelcode 223 wordt gekozen indien er bij de operatie osteosynthesemateriaal voor de wervelkolom is gebruikt. Dit is volgens de DBC-instructies van het specialisme orthopedie.

Op de NZa site kan worden nagegaan wat het tarief is voor deze DBC. Het tarief was in november 2007 € 11.726,15. In deze DBC, dus in dit tarief zit de volledige behandeling van begin tot eind (diagnose en behandeling). Inclusief het verrekenpercentage dat hoort bij een gemiddeld Nederlands ziekenhuis is het bedrag ongeveer € 15.000,-. De medisch adviseur gaat er hierbij wel van uit dat er geen complicaties e.d. zijn opgetreden, waarvoor in Nederland een tweede DBC zou zijn geopend.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of verzoeker in dit geval aanspraak heeft op een hogere kostenvergoeding voor de rugoperatie in België dan reeds aan hem is uitgekeerd door verweerder.

De feiten op een rijtje met toelichting

Verzekerde had voor de operatie een E-112 formulier gekregen. De zorgverzekeraar past hiermee in de eerste plaats de regeling toe van art. 22, lid 1, sub c, onder i) van Verordening (EEG) nr. 1408/71 (hierna: de Verordening) en niet de Zvw-polis. Deze regeling geeft hem recht op verstrekking van de behandeling en het verblijf waar een Belgische ziekenfondsverzekerde ook recht op zou hebben. Verzekerde werd echter verpleegd in een eenpersoonskamer.

In het Belgische systeem horen bij het verblijf in een eenpersoonskamer niet alleen hogere kosten voor het verblijf zelf maar ook voor de behandeling in de vorm van supplementen. De supplementen gelden voor alle kostenposten van de behandeling: de honorariumkosten voor de behandelaars (erelonen), het prothesemateriaal en de verstrekte geneesmiddelen.

Supplementen zijn "een legaal bedrag dat wettelijk gefactureerd wordt aan de patiënt, dat niet terugbetaald wordt door de verplichte verzekering, en dat bovendien niet wettelijk werd bepaald" (volgens de begripsbeschrijving op een van de nota's).

Er wordt voor deze supplementen echter niet meer of betere zorg geleverd!

Verder zijn er op de nota's kostenposten "voor de patiënt" genaamd "persoonlijke tussenkomst".

Persoonlijke tussenkomst: informatie op Internet leert dat dit ook wel wordt genoemd persoonlijke tussenkomst patiënt, persoonlijk aandeel of remgeld. Remgeld is het bedrag dat de patiënt zelf moet betalen voor de zorg. Het remgeld is de eigen bijdrage van de verzekerde ter budgettaire beheersing van het Belgische ziekenfondssysteem. Hieronder wordt verder gesproken over remgeld.

De supplementen en remgelden vallen buiten het Belgische sociale ziektekostenstelsel en worden niet betaald op basis van Verordening (EG) nr 1401/78. (hierna: de Verordening) Daarvoor krijgt de verzekerde dus een rekening.

Verzoeker heeft de nota's na elkaar ontvangen. De eerste nota's betroffen verblijf, farmaceutische zorg, geneeskundige en paramedische zorg. Verzoeker heeft de nota's bij verweerder gedeclareerd. Verweerder weigert de kosten van remgeld en supplementen, waaronder het supplement van de eenpersoonskamer te vergoeden, te weten € 4.200,96. Bij nader inzien heeft verweerder de supplementen voor de farmaceutische zorg ten bedrage van € 107,86 echter wel vergoed. Ook heeft verweerder de voorschotnota voor het verblijf van verzoeker vergoed ad € 850,-.

De supplementen en het remgeld in verband met de toegepaste prothesematerialen ad € 2.269,66 heeft verweerder lopende het geschil ook geheel vergoed. Tevens heeft verweerder de nota voor de eerste consulten en twee nota's voor naconsulten vergoed.

De beslissingen van verweerder samengevat:

Verweerder heeft aan verzoeker een vergoeding toegezegd tot maximaal het DBC-tarief, maar met de aankondiging dat de in rekening gebrachte erelonen en supplementen niet vergoed worden. Verweerder heeft conform deze toezegging beslist, afgezien van het

feit dat hij een aantal nota's die supplementen en remgeld bevatten toch heeft vergoed. Verweerder is kennelijk de opvatting toegedaan dat de supplementen voor het verblijf en het honorarium van de specialisten geen verzekerde zorg betreffen en de supplementen voor het prothesemateriaal en de farmaceutische zorg wel.

De vraag die beantwoord moet worden is: zijn de kosten van de supplementen en remgelden kosten van zorg of niet en hangt dat nog af van het soort zorg?

Waar heeft verzoeker recht op?

Conform de polisvoorwaarden heeft verzoeker recht op vergoeding van de kosten van de zorg voorzover deze het bedrag dat bij het WMG-tarief hoort niet overschrijden. Dit is hetzelfde bedrag dat de verzekerde vergoed zou krijgen als hij in Nederland naar een niet-gecontracteerd ziekenhuis zou zijn gegaan. Volgens het arrest Vanbraekel moet de zorgverzekeraar de vergoeding van kosten die overblijven na toepassing van de Verordening, bestaande uit hogere eigen bijdragen dan in het woonland voor zijn rekening nemen tot aan het bedrag dat het de zorgverzekeraar in zijn eigen lidstaat gekost zou hebben.

Als er dus in een E-112-procedure nog nota's overblijven, moet bezien worden of deze op basis van de zorgverzekering en de Europese jurisprudentie voor vergoeding in aanmerking komen.

Bepaling van het marktconforme bedrag en het te vergoeden bedrag in het algemeen

In het algemeen kan voor de vaststelling van het marktconforme tarief in Nederland op de volgende manier de juiste DBC bepaald worden en op zorgvuldige wijze de hoogte van het te vergoeden bedrag worden bepaald:

1. Afhankelijk van het specialisme en de verrichte behandeling(en) moet eerst een zo passend mogelijke Diagnose behandeling combinatie (DBC) worden gekozen. Er moet een vergelijking worden gemaakt met een voor het behandelend specialisme geldende DBC, die het meest lijkt op de verrichtingen die in het buitenland zijn gedaan. Het verdient aanbeveling deze met het nummer en het bijpassende WMG-tarief te vermelden. Het CVZ beschouwt in navolging van de NZa, het maximum-(DBC)tarief als reëel marktconform tarief. Het verrekenpercentage hoeft hier niet bij betrokken te worden, omdat het DBC-tarief in principe kostendekkend is.
2. Per DBC moet vervolgens worden bezien welke verrichtingen hierin zijn meegenomen, bijv. consult, diagnostiek (waaronder röntgenonderzoek), behandeling en nazorg. Als deze onderdelen in de buitenlandse nota's apart worden gedeclareerd moet worden nagegaan of deze al binnen het totale zorgprofiel van de gekozen DBC vallen, om te voorkomen dat bijv. diagnostiek dubbel wordt vergoed.
3. Wat betreft de DBC's in het B-segment (de vrij onderhandelbare tarieven), kan uitgegaan worden van een gemiddelde van de door de ziekenhuizen gepubliceerde standaardprijzen voor behandelingen in het B-segment, bijvoorbeeld door hantering van het gemiddelde of de mediaan van een representatieve groep ziekenhuizen.

Bepaling van het te vergoeden bedrag in casu

De zorg bestond uit een operatie aan de rug die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en waarvan de indicatie niet ter discussie staat. Bij de operatie horen verblijf, verpleging, prothesemateriaalkosten, farmaceutische zorg, consulten etc. De bij de operatie horende DBC staat in casu niet (meer) ter discussie.

Verzekerde verbleef in de eerste klasse. Verblijf in de eerste klasse is geen verzekerde prestatie in de polisvoorwaarden. Verblijf is op basis van laagste klasse, dat wil zeggen er wordt uitgegaan van laagste klasse verblijf ook als het duurdere verblijf is. Vergoeding van het supplement voor de duurdere kamer is daarmee uitgesloten van de zorgverzekering van verzoeker. Op de nota voor het verblijf staat echter ook nog een bedrag dat in rekening is gebracht voor remgeld. Dit is een eigen bijdrage die ook aan een Belgische ziekenfondsverzekerde in rekening wordt gebracht en waarvan de hoogte niet afhankelijk is van het kamertype. Aangezien dit kosten van verblijf betreft ongeacht welke klasse zijn dit wel kosten van zorg.

Betreffen de overige remgelden en supplementen kosten van zorg?

De remgelden voor de geneeskundige en paramedische zorg en het prothesemateriaal staan los van de keuze van de kamer. Dit zijn eigen bijdragen voor de zorg zoals onze basisverzekering die ook kent. Het zijn kosten van zorg.

De supplementen voor de farmaceutische zorg, de geneeskundige en paramedische zorg en het prothesemateriaal zijn wel gekoppeld aan het verblijf in de eenpersoonskamer. Dat neemt niet weg dat het hier kosten van zorg betreft. Er is geen reden om daarbij onderscheid te maken tussen geneesmiddelen, prothesemateriaal, en het verrichten van een rugoperatie, het verrichten van diagnostiek of het geven van een consult; het is allemaal verzekerde zorg volgens de basisverzekering. Voor de supplementen voor de geneeskundige zorg in het bijzonder lichten wij dit als volgt toe:

DBC-tarieven bestaan voor een deel uit honorariumkosten. Om de standaardprijs van een DBC te kunnen bepalen, zijn aan de stappen in het zorgproces zowel het middelenbeslag van het ziekenhuis als de werklust van de medisch specialist (honorarium) gekoppeld. Deze kosten bepalen de kosten van de DBC. DBC's gaan in het algemeen uit 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 Zorgverzekeringswet is vergoeding van hogere salariskosten niet uitgesloten omdat dat niet nodig is: er is recht op een vaste vergoeding als onderdeel van de DBC. 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.

Het College heeft zich in het verleden eerder moeten buigen over de vraag of erelonen al dan niet voor vergoeding in aanmerking kwamen voor vergoeding. Omdat het in rekening brengen van (fors hogere) erelonen in die gevallen verband hield met de keuze van de verzekerde voor bijzondere, particuliere zorg, beantwoordde het College deze vraag steeds ontkennend. Onder het regime van de Zorgverzekeringswet is de vergoeding onder (bijna¹) alle omstandigheden gemaximeerd tot het in Nederland geldende tarief voor dezelfde ingreep. Daarom kan dit oorzakelijk verband tussen keuze voor particuliere zorg en de hoogte van de declaratie naar het oordeel van het College thans worden losgelaten. Het maximum te vergoeden bedrag brengt immers al een plafond aan voor excessieve declaraties.

Dit geldt ook voor behandelingen in dure particuliere klinieken, waar elke patiënt een hoge rekening krijgt voorgelegd, ongeacht zijn keuze. Het spreekt voor zichzelf dat alleen verzekerde prestaties bij de vergoeding kunnen worden betrokken.

Omdat het in dit geschil relevant is, heeft het College opnieuw bekeken of supplementen en remgelden kosten van zorg betreffen. Het College is van oordeel dat dat in beginsel voor alle zorgvormen het geval is, met uitzondering van kamersupplementen.

Gelet op het bovenstaande heeft verzekerde recht op vergoeding van de kosten van de remgelden en supplementen met uitzondering van het supplement voor de eenpersoonskamer voor zover de totale kosten van de behandeling en het verblijf onder het toegezegde DBC-tarief blijven.

Het College wijst er nog op dat verweerder er alert op moet zijn de eerste consulten bij de specialist en de nazorg niet dubbel te vergoeden. Een eerste consult en nazorg vallen onder het zorgprofiel van de DBC. De reeds vergoede rekeningen voor deze consulten dienen daarom in mindering te worden gebracht op het DBC-tarief.

¹ Dit ligt anders als de noodzakelijke behandeling niet in een gecontracteerde of andere instelling in Nederland kan plaatsvinden.

Het College doet hierna een voorzet voor de berekeningswijze van het nog te vergoeden bedrag:

Het toegezegde DBC-tarief is het maximumtarief. Daarvan moeten worden afgetrokken:

- De totale kosten die door middel van de E-112 procedure worden vergoed. Wat betreft de kosten voor het verblijf wijst het College nog op het volgende. Op de nota voor de kosten van het verblijf is ter informatie vermeld: de totale kost van uw verblijf bedraagt 3.365,74 euro, waarvan een deel remgeld is. Waarschijnlijk is het restbedrag (dus zonder het remgeld) het bedrag dat – alleen voor verblijf – via de E-112 procedure wordt vergoed. Verweerder kan bij de Socialistische Mutualiteit Brabant navraag doen welke kosten in totaal via de E-112 procedure worden vergoed.
- de kosten van bovengenoemde losse consulten.
- de reeds vergoede supplementen en remgelden voor het prothesemateriaal.
- de vergoede supplementen voor de farmaceutische zorg
- het reeds aan verzoeker vergoede voorschot

Het restbedrag is dan nog beschikbaar voor vergoeding van de nog openstaande zorgkosten – met uitzondering van het supplement voor het verblijf in de eenpersoonskamer.

Het College is overigens van oordeel dat het beroep van verzoeker op de redelijkheid en billijkheid voor vergoeding van het supplement voor de kamer niet kan slagen nu verweerder hem meteen bij de eerste aanvraag erop heeft gewezen dat deze kosten buiten de vergoeding vallen.

Advies van het College

Op grond van het vorenstaande heeft verzoeker aanspraak op vergoeding van de remgelden en supplementen, met uitzondering van het supplement voor de eenpersoonskamer voor zover de totale kosten van de behandeling en het verblijf onder het toegezegde DBC-tarief blijven.

Het College adviseert u het verzoek – grotendeels – toe te wijzen.