

Onderwerp:	Pasend DBC-tarief bij operaties door verschillende specialisten in het buitenland
Samenvatting:	Dit geschil gaat over de meest passende DBC bij twee verschillende operaties die in Spanje hebben plaatsgevonden. Het CVZ is van oordeel dat ook bij behandeling in het buitenland het specialisme van de uitvoerende behandelaar het uitgangspunt moet zijn bij de bepaling van het juiste DBC-tarief, zoals dat ook bij de behandeling in Nederland het geval is. Verder stelt het CVZ vast dat vergoeding achteraf op grond van de Verordening (EG) nr. 1408/71 bij verblijf in Spanje - in gevallen waarin de EHIC-kaart niet kon worden gebruikt - voor verzekerden nooit een hogere vergoeding kan opleveren, dan een vergoeding rechtstreeks gebaseerd op de polisvoorwaarden van de basisverzekering.
Soort uitspraak:	AaZ = adviesaanvraag Zvw
Datum:	19 mei 2008

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

In deze zaak zijn twee geschillen samengevoegd. Het eerste geschil betreft de hoogte van de vergoeding van een operatie van een carpaal tunnelsyndroom (CTS) in Spanje. Het tweede geschil betreft de vergoeding van een nekoperatie, een cervicale spondylodese door middel van een cage, verricht door dezelfde neurochirurg.

Ten aanzien van de CTS-operatie is verzoeker van mening dat er bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding rekening gehouden moet worden met het feit dat er sprake was van een afwijkende dan wel complexe medische situatie, op grond waarvan de operatie aan de rechterpols door een neurochirurg onder algehele anesthesie moest worden uitgevoerd. Verweerder is van mening dat een complexe of afwijkende situatie niet van belang is voor de hoogte van de vergoeding. Het bedrag dat bij de DBC-code voor een CTS hoort is een vast tarief.

Voor de nekoperatie was aanvankelijk geen machtiging afgegeven omdat het om een experimentele techniek zou gaan. Op basis van nieuwe informatie in het kader van de heroverweging heeft verweerder geoordeeld dat het om een techniek ging die wel tot de verzekerde zorg behoort en een bedrag toegekend op basis van de bij de behandeling behorende DBC-code. Verweerder gaat hierbij uit van een neurochirurgische DBC.

Verzoeker is van mening dat recht bestaat op een vergoeding conform een orthopedische DBC waarin een gewrichtsprothese is meegenomen.

Verzoeker geeft in zijn brief van 27-11-2007 indirect aan dat hij van mening is dat Verordening (EG) 1408/71 duidelijk op hem van toepassing is. Volgens verweerder heeft verzoeker geen aanspraak op basis hiervan nu beide behandelingen in Spanje in een privé-kliniek hebben plaatsgevonden.

Toepasselijke polisbepalingen

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

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Omschrijving: geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.

Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist;
- niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen.

Artikel 9. Buitenland

9.1.1. Verzekerde woonachtig in Nederland

De verzekerde die in Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar VGZ is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.

9.3.1. Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland.

De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;
- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar VGZ in dat land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 12.4

Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie Zorgverzekeraar VGZ geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2006, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen Zorgverzekeraar VGZ en de betreffende zorgaanbieders.

Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2006, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen Zorgverzekeraar VGZ en de betreffende zorgaanbieders:

- Huisartsenzorg (artikel 13);
- Verloskundige zorg (artikel 14) die geleverd wordt door een huisarts;
- Medisch specialistische zorg (artikel 15 tot en met 21) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis;
- Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder (artikel 26.3) die geleverd wordt door een kaakchirurg die verbonden is aan een ziekenhuis.

De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie VGZ 2007. Het Reglement restitutie VGZ 2007 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

Reglement restitutie 2007

In de gevallen waarin voor de betreffende zorg Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2006 gelijk aan het Wmg-tarief dat geldt in het jaar 2006.

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.

1. DBC voor Carpaaltunnelsyndroom enkelzijdig.

Verweerder noemt DBC code 05-11-00-1630-0212 met de prijs € 948,35. Dit is behandeling van een CTS in dagbehandeling door een orthooped (specialisme 5).

De medisch adviseur plaatst hierbij twee opmerkingen:

- Als verzoeker klinisch (dus met opname) behandeld is i.p.v. in dagbehandeling, moet de behandelcode 0213 worden gebruikt. In de spoedaanvraag d.d. 09-07-2007 van de ANWB werd ziekenhuisverblijf à € 1.500 aangevraagd. Aangegeven is verder dat het uiteindelijk een unilaterale ingreep wordt. In het dossier bevindt zich echter geen declaratie voor ziekenhuisverblijf. Er zijn twee rekeningen ingediend die op deze operatie betrekking hebben van in totaal € 2.549,30.
- In Spanje is de ingreep door een neurochirurg uitgevoerd, met behulp van de microscoop. Volgens de typeringslijst neurochirurgie zou dan DBC 08-11-00-3205-0022 of 0023 (0022=dagbehandeling, 0023= klinisch) gekozen moeten worden. (3205 = perifere zenuw, meer complexe neurolyse (o.a. met microscoop en/of recidief). In Nederland wordt volgens medisch specialisten eveneens het merendeel (ong. 75%) van de carpaal-tunnel syndromen door de neurochirurg uitgevoerd.

Declaratie door middel van DBC's geschiedt altijd aan de hand van het specialisme dat de behandeling heeft verricht. Dus de juiste code is 08-11-00-3205-0022 in geval van dagbehandeling en 08-11-00-3205-0023 in geval van opname. De bijbehorende prijzen van juli 2007 zijn overigens € 1.382,30 en € 3.365,40.

2. DBC voor Cervicale spondylodese op meerdere niveaus met gebruik van een MOSS cage.

Verweerder noemt DBC code 08-11-00-2530-0023. In oktober 2007, toen de operatie plaatsvond, was de prijs hiervan € 4.698,70. Dit is operatieve behandeling klinisch van een cervicale anterieure dissectomie met spondylodese (met of zonder cage) door het specialisme neurochirurgie. Volgens medische specialisten wordt in Nederland het merendeel van deze ingrepen (ong. 90%) door de neurochirurg uitgevoerd. Verzekerde is

in Spanje eveneens door een neurochirurg geopereerd. Gelet op de beschikbare informatie en het feit dat een verzekeringsarts in Spanje de aanvraag ook had gezien mag aangenomen worden dat verzoeker door zijn huisarts in Spanje opnieuw naar de neurochirurg was verwezen door wie hij al eerder was behandeld. Bovenstaande neurochirurgische DBC is volgens de medisch adviseur dan ook de meest passende DBC code.

Bij de door de adviserende arts van verzoeker geclaimde DBC-code 05110012400223 hoort een veel hogere prijs, namelijk € 9.055,35. De omschrijving die hierbij hoort is Cervicale stenose met myelopathie/Operatief met klinische episode(n) met gewrichtsprothese. Dit is een DBC van het specialisme orthopedie.

In de aanvraag van de ANWB Alarmcentrale wordt aangegeven dat de kosten in totaal € 11.300 zullen bedragen.

De later aan het dossier toegevoegde nota's bedragen samen € 12.219,78.

De enorme discrepantie met het Nederlandse DBC-tarief heeft onder andere de volgende oorzaken:

- DBC-tarieven zijn gemiddelden. Als neurochirurgen niet zo vaak cages toepassen dan komt het (gemiddelde) tarief veel lager uit dan als ze het vaak zouden doen. In feite is de orthopedische DBC gedetailleerder dan de neurochirurgische, daarom is het tarief ook nauwkeuriger.
- Daarnaast is er nog een geheel andere oorzaak; het Spaanse ziekenhuis is een privé-ziekenhuis. Privé-ziekenhuizen brengen meestal hogere tarieven in rekening dan ziekenhuizen die aan de sociale ziektekostenverzekering gerelateerd zijn.

Conclusie:

- Voor de CTS operatie moet afhankelijk van de vraag of de operatie poliklinisch of klinisch heeft plaatsgevonden, de neurochirurgische DBC code 08-11-00-3205-0022 in geval van dagbehandeling en 08-11-00-3205-0023 in geval van opname worden gehanteerd.
- Voor de cervicale spondylodese moet de neurochirurgische DBC 08-11-00-2530-0023 worden gehanteerd.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of verzekerder in dit geval aanspraak heeft op een hogere vergoeding voor twee verschillende operaties die hebben plaatsgevonden in Spanje.

Het marktconforme tarief

De kosten van de medisch-specialistische zorg, verleend door medisch-specialist die is verbonden aan een ziekenhuis, worden volgens de toepasselijke polisvoorwaarden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2006, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen Zorgverzekeraar VGZ en de betreffende zorgaanbieders. In deze polisvoorwaarden is verder aangegeven dat, wanneer er WMG-tarieven zijn voor de betreffende behandeling, de gemiddelde tarieven 2006 gelijk zijn aan de WMG-tarieven voor 2006. De zorgverzekeraar gaat uit van tarieven van 2007.

Sommige operaties die medisch gezien geheel overeenkomen kunnen door meerdere specialismen worden verricht. De huisarts beslist op basis van medisch inhoudelijke overwegingen naar welk specialisme of welke specialist hij de verzekerde verwijst. Wanneer de verzekerde naar een niet-gecontracteerde specialist wordt verwezen - wat in het bijzonder bij zorg in het buitenland aan de orde zal zijn - loopt de verzekerde het risico dat een deel van de behandeling niet wordt vergoed. De verzekerde kan dit van tevoren nagaan, wanneer hij toestemming vraagt aan de zorgverzekeraar. Wanneer behandeling in Nederland plaatsvindt, mag de betreffende medisch-specialist alleen een DBC van zijn eigen specialisme openen. Deze kiest de meest passende omschrijving van de te verrichten behandeling binnen zijn specialisme. Dit betekent dat de DBC's die ziekenhuizen aan de zorgverzekeraars declareren en die verzekerden vergoed krijgen ook daadwerkelijk zijn gebaseerd op behandelingen door het desbetreffende specialisme. Voor het bepalen van de meest passende DBC bij een behandeling die in het buitenland heeft plaatsgevonden in een niet-gecontracteerde instelling dient dezelfde werkwijze gevolgd te worden als bij een behandeling die in een niet-gecontracteerde instelling in Nederland zou hebben plaatsgevonden. Dit stemt overeen met het Europees Verdrag en de jurisprudentie op dit gebied. Dat betekent dus dat ook bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding van behandeling in het buitenland uitgegaan moet worden van de DBC die hoort bij het specialisme van de behandelaar.

Voor het onderhavige geschil betekent dit mede gelet op het oordeel van de medisch adviseur dat voor de CTS operatie (afhankelijk van de vraag of er poliklinisch of klinische ingreep heeft plaatsgevonden) de bijpassende neurochirurgische DBC gekozen moet worden en voor de nekoperatie eveneens, nu beide operaties door een neurochirurg zijn uitgevoerd.

In het algemeen kan voor de vaststelling van het marktconforme tarief in Nederland op de volgende manier de juiste DBC bepaald worden:

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.

Toepassing artikel 22, eerste lid Verordening (EEG) nr. 1408/71 in Spanje

Op grond van artikel 22, eerste lid, sub a van de Verordening (EEG) nr. 1408/71 heeft een verzekerde gedurende het verblijf in een andere lidstaat aanspraak op verstrekkingen die gedurende dat verblijf *medisch noodzakelijk* worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf. (wijziging Verordening (EEG) 1408/71 bij Verordening (EG) 631/2004 d.d. 31 maart 2004, zie circulaire CVZ 04/31). De Administratieve Commissie van de Europese Gemeenschappen voor de sociale zekerheid van migrerende werknemers (AC) heeft dit nieuwe criterium aldus nader gepreciseerd dat aan het nieuwe noodzakelijkheidscriterium ook wordt voldaan als de medische zorg wordt verleend om te vermijden dat de verzekerde eerder dan gepland genoodzaakt is om terug te gaan naar het woonland om daar de voor zijn gezondheidstoestand noodzakelijke zorg te ontvangen.

De verzekerde heeft recht op verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan (d.i. de Nederlandse zorgverzekeraar) door het orgaan van de woon- of verblijfplaats (d.i. de buitenlandse zorgverzekeraar) worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof de verzekerde bij die buitenlandse zorgverzekeraar was aangesloten. In artikel 21, eerste lid, van de toepassingsverordening (Verordening (EEG) nr. 574/72) is bepaald dat een verzekerde om in aanmerking te komen voor bovenbedoelde verstrekkingen aan het orgaan van de verblijfplaats een verklaring moet overleggen, waarin wordt bevestigd dat hij recht op de verstrekkingen heeft. Deze verklaring wordt op verzoek van de belanghebbende door de Nederlandse zorgverzekeraar zo mogelijk afgegeven voordat hij naar het buitenland vertrekt. Dit betreft de EHIC-kaart (European Health Insurance Card) waarop iedere verzekerde recht heeft.

Wanneer de verzekerde niet in de gelegenheid is geweest om de EHIC-kaart of een vervangend bewijs te tonen, kan hij de nota's van de verleende hulp bij zijn zorgverzekeraar indienen, die dan vervolgens beoordeelt of er vergoeding achteraf mogelijk is. Daarvoor dient in beginsel de tarifieringsprocedure. Spanje heeft echter, in tegenstelling tot de meeste andere EU-lidstaten geen vergoedingstarieven vastgesteld en tarifeert derhalve ook niet.

Het vijfde lid van artikel 34 van de toepassingsverordening bepaalt, dat wanneer zich dit voordoet, het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoedt *volgens de bepalingen van zijn eigen wetgeving*. Dit betekent voor Nederlandse verzekerden dat het moet gaan om te verzekeren prestaties volgens de (Nederlandse) Zorgverzekeringswet.

Voor alle wijzen van tarifiering met toepassing van de Verordening geldt dat de zorgverzekeraar eerst zelf het noodzakelijke karakter van de verleende zorg in het individuele geval moet beoordelen.

Verzoeker claimt aanspraken op grond van Verordening (EEG) nr. 1408/71. Juridisch gezien gaat het hier in de eerste plaats om de vraag of de geleverde zorg noodzakelijk was voor de geneeskundige verzorging gezien het gepande verblijf. Uit de stukken is niet op te maken hoe lang het verblijf in Spanje door verzoeker was gepland. Hij geeft aan regelmatig in Spanje te verblijven en heeft daar ook een huisarts.

Verzoeker heeft kennelijk zijn EHIC-kaart niet kunnen gebruiken. Indien de operaties noodzakelijk waren gezien zijn geplande verblijf (dit staat ter beoordeling van de behandelend arts) had hij via de EHIC-procedure recht gehad op verstrekking van de operaties volgens de Spaanse sociale ziektekostenverzekering. In de regel wordt deze zorg door ziekenhuizen verleend die aan het sociale stelsel gerelateerd zijn. Dat gaat echter niet onder alle omstandigheden op.

Uit de bovenstaande tekst over toepassing van de Verordening op zorg die in Spanje wordt verleend, volgt dat indien de verzekerde de EHIC-kaart niet heeft kunnen gebruiken, men altijd moet terugvallen op vergoeding volgens de bepalingen van de eigen wetgeving. Dat betekent dat vergoeding achteraf op grond van de Verordening nooit een hogere vergoeding voor verzekerden kan opleveren dan een vergoeding rechtstreeks gebaseerd op de polis. Er is daarom in het geval van verzoeker geen nader onderzoek nodig naar de omstandigheden waarin de zorg in Spanje is verleend.

Advies van het College

Op grond van vorenstaande adviseert het College om voor het vaststellen van de vergoeding

- voor de CTS operatie afhankelijk van de vraag of de operatie poliklinisch of klinisch heeft plaatsgevonden, aan te sluiten bij de neurochirurgische DBC code 08-11-00-3205-0022 in geval van dagbehandeling en 08-11-00-3205-0023 ingeval van opname.
- voor de cervicale spondylodese aan te sluiten bij de neurochirurgische DBC 08-11-00-2530-0023.