

2012.00193

20 JULI 2012

Aan de Geschillencommissie van  
Stichting Klachten en Geschillen  
Zorgverzekeringen (SKGZ)  
T.a.v. mevrouw mr.  
Postbus 291  
3700 AG ZEIST

Uw brief van  
20 juni 2012

Uw kenmerk  
G47 2012.00193/11/G

Datum  
19 juli 2012

Ons kenmerk  
ZA/2012087677

Behandeld door .....

Doorkiesnummer  
(020) 797 88 03

Zaaknummer  
2012078002

Onderwerp  
Advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 20 juni 2012 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 geneeskundige behandeling na een motorongeval in de Verenigde Staten.

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 op dat de adviestaak van het College beperkt is tot de vraag of een verzekerde 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 een zorgverzekeraar 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 en deelt het volgende mee.

Verzoeker krijgt van verweerder de kosten voor een behandeling in het buitenland maar deels vergoed, namelijk conform de polis van verzoeker, tot een bedrag dat gebaseerd is op het Nederlandse DBC-systeem.

Volgens het Nederlandse tariefsysteem kunnen na een ziekenhuisopname worden gedeclareerd:

1. Een DBC voor de hoofddiagnose/behandeling;
2. Eventuele parallelle DBC's als er bijkomende diagnoses zijn die een eigen behandeltraject hebben, en waarvan de kosten meer bedragen dan 40% van die van de hoofddiagnose/behandeling;
3. Eventuele consult-DBC's van andere specialisten dan die genoemd onder punten 1 en 2;
4. Eventuele behandel dagen op de intensive care.

Uit het dossier valt het volgende af te leiden.

Verzoeker had een motorongeval in de Verenigde Staten. Er was onder meer sprake van een gebroken rechter onderarm, traumatisch letsel aan de rechterhand/-pols, een gebroken eerste halswervel, een gebroken rib met pneumothorax. Bij onderzoek werd voorts een onregelmatige hartslag gevonden. Verzoeker werd gedurende negen dagen opgenomen, waarvan de eerste vier op de intensive care, en werd onder meer operatief behandeld.

Toepassing van het DBC-systeem levert op, dat verzoeker aanspraak zou kunnen maken op de DBC's conform het eindoordeel van verweerder zoals verwoord in de brief aan verzoeker van 21 maart 2012 (derde bladzijde). Dit leidt tot een lager bedrag dan verweerder al toegezegd had.

De claim op vergoeding voor beeldvormende onderzoeken uit de Verenigde Staten die door Nederlandse ziekenhuizen "hergebruikt" zouden zijn, treft geen doel omdat, zo er al sprake is van kostenbesparingen, deze geheel neerslaan bij de Nederlandse ziekenhuizen, die immers niet meer zelf die kosten hoeven te maken, terwijl in de DBC's die de ziekenhuizen uitbetaald krijgen ze wel zijn meegerekend.

De claim op ambulancekosten zou, tot het bedrag van het bijpassende Nederlandse marktconforme tarief, doel kunnen treffen, als er bewezen zouden zijn dat verzoeker daarvoor afzonderlijke kosten gemaakt heeft. Immers, als er ambulancevervoer geweest is van de plaats van het ongeval naar het ziekenhuis, dan is er geen twijfel dat die medisch noodzakelijk was.

#### **Juridische beoordeling**

Het College heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, is het College van oordeel dat verzoeker niet in aanmerking komt voor een hogere vergoeding dan de bedragen behorende bij de gehanteerde DBC's.

In artikel B.2.1 van de OHRA Zorgverzekering Restitutie Polis is bepaald dat als de verzekerde in Nederland woont, de verzekerde recht heeft op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland.

In artikel B.2.3 van de OHRA Zorgverzekering Restitutie Polis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bepaald dat als de verzekerde verblijft in een land dat geen verdragsland is, de verzekerde dezelfde vergoeding krijgt als wanneer deze in Nederland naar een zorgverlener of instelling zou zijn gegaan met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten.

In artikel B.4.1.3 van de OHRA Zorgverzekering Restitutie Polis wordt verwezen naar artikel A.21 van de OHRA Zorgverzekering Restitutie Polis.

In artikel A.21, onder b OHRA Zorgverzekering Restitutie Polis is bepaald dat als de verzekerde gaat naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee de zorgverzekeraar

3/ZA/2012087677

geen tarieven heeft afgesproken, de zorgverzekeraar het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief") vergoedt. Is er geen punttarief, dan vergoedt de zorgverzekeraar het volledige marktconforme tarief.

Nu de medisch adviseur heeft aangegeven dat verzoeker is geïndiceerd voor vergoeding van de zorg conform de bedragen behorende bij de gehanteerde DBC's, en uit het dossier geen afzonderlijke kosten blijken voor het ambulancevervoer, komt verzoeker niet in aanmerking voor een hogere vergoeding.

**Advies**

Gelet op het bovenstaande adviseert het College tot afwijzing van het verzoek.

Hooftend

1

2