



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Anderzorg N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Verplicht en vrijwillig eigen risico, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201601989
Zittingsdatum : 21 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015 en 2016, artt. 19, 20, 21 en 23 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Anderzorg N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De vanaf 1 januari 2016 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Fysiotherapie 9 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de bij hem in rekening gebrachte kosten ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 en 2016 te corrigeren (hierna: het verzoek). Bij e-mailberichten van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij aanmeldingsformulier van 29 augustus 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de bij hem in rekening gebrachte kosten ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 en 2016 te corrigeren (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 november 2016 aan verzoeker gezonden.

 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 17 en 22 november 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

 3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.

 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 december 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker stelt dat hij zowel in 2015 als in 2016 medische kosten heeft gehad. De ziektekostenverzekeraar heeft een groot deel van deze kosten verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015, waaronder kosten die zijn gemaakt in 2016. De handelwijze van de ziektekostenverzekeraar is laakbaar omdat (i) deze manier van factureren niet is opgenomen in verzekeringsvoorwaarden, (ii) er een willekeur ontstaat van doorbelaste kosten, en (iii) zorginstanties niet voldoen aan de informatieplicht.

 4.2. Verzoeker meent dan ook dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten die zijn gemaakt in 2015 ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico van 2015 te brengen, en de kosten die zijn gemaakt in 2016 ten laste van het verplicht eigen risico van 2016. Deze vorm van toerekening is het meest doorzichtig en overeenkomstig de wijze van toerekening in het normale economische verkeer.

 4.3. Voorts stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de in 2016 afgeleverde geneesmiddelen ten laste van het eigen risico 2016 heeft gebracht. Deze geneesmiddelen maken namelijk deel uit van de behandeling in het ziekenhuis en dienen onder de door deze gedeclareerde DOT te vallen.

 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald.

 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Verzoeker heeft in 2015 en 2016 medisch specialistische zorg genoten en medicijnen afgeleverd gekregen. Het ziekenhuis en de apotheek van het ziekenhuis hebben de kosten van deze zorg bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend.

 5.2. Waar het de medisch specialistische zorg betreft, geldt dat verzoeker vanaf 23 september 2015 een medisch specialist in het Martini Ziekenhuis heeft bezocht. Op deze datum heeft het ziekenhuis een DOT geopend. Daarna is aansluitend op 22 december 2015 een vervolg-DOT geopend. Het eerste traject duurt 90 dagen en het vervolgtraject 120 dagen. De vervolg-DOT is gesloten op 19 april 2016. Alle kosten, die in deze periode zijn gemaakt, vallen onder de begindatum van de betreffende DOT, en deze ligt in beide gevallen in 2015. De kosten van zowel de eerste DOT (€ 184,68) als de

vervolg-DOT (€ 620,20) zijn daarom verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker.

- 5.3. Waar het de medicijnen betreft, geldt dat voor het bepalen van het eigen risico de afleverdatum bepalend is voor de vraag onder welk jaar de kosten vallen. Aflevering van de onderhavige geneesmiddelen maakt, in tegenstelling tot hetgeen verzoeker stelt, geen deel uit van de door het ziekenhuis gedeclareerde DOT's. De geneesmiddelen die in 2016 zijn afgeleverd vallen om die reden onder het eigen risico van 2016.
- 5.4. Naar aanleiding van de klacht van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met het Martini Ziekenhuis omtrent de nota van 14 maart 2016 ten bedrage van € 179,--. Het Martini Ziekenhuis heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld deze nota te zullen crediteren waardoor genoemd bedrag niet langer ten laste van het verplicht eigen risico 2016 wordt gebracht.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 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 bij verzoeker in rekening gebrachte bedragen ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 en 2016 te corrigeren.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. Voorts is in de Algemene voorwaarden van de zorgverzekering (2015) een bepaling opgenomen betreffende het eigen risico en deze luidt, voor zover hier van belang:

"Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 375 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 4, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 7, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 11, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 14, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 27.

Let op

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),*
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),*
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,*

- huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,
 - wijkverpleegkundige zorg,
 - vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij de 8e en 9e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',
 - nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij de 7e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken.
- (...)

Als Anderzorg uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Anderzorg) het eigen risico en de eventuele eigen bijdrage aan Anderzorg. (...)"

In de voorwaarden van de zorgverzekering van 2016 is een soortgelijke bepaling opgenomen met dien verstande dat het verplicht eigen risico is dat jaar € 385,-- bedraagt.

8.4. Artikel A26 van de zorgverzekering regelt ten algemene:

"A26 Overig

- De datum waarop u bent behandeld, een geneesmiddel is bereid of een hulpmiddel is afgeleverd, is bepalend voor de vergoeding en het eigen risico. De datum waarop de nota is uitgeschreven of betaald is hiervoor niet van belang. Als een behandeling in meerdere kalenderjaren valt en de zorgaanbieder die behandeling in één bedrag in rekening mag brengen, is de datum waarop de behandeling is gestart bepalend. Als het gaat om een DBC (Diagnose Behandel Combinatie), dan is de ingangsdatum van de DBC bepalend in welk kalenderjaar de vergoeding toegekend wordt. (...)"

8.5. De zorgverzekering is volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 21 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. Bzv.

In artikel 23 Zvw is bepaald dat de kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten, en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis en de apotheek ingediende declaraties. Aangezien het ziekenhuis en de apotheek rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar hebben gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota's en heeft hij niet de mogelijkheid gehad betaling hiervan te weigeren. De

financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor zijn rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is derhalve of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota's had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis onderscheidenlijk de apotheek had moeten aandringen op correctie. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Waar het gaat om de nota's ter zake van medische specialistische zorg, geldt dat in Nederland behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling worden voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Deze regeling is op 1 januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC had aanvankelijk een maximale looptijd van 365 dagen. Later is dit teruggebracht tot maximaal 120 dagen, maar een DBC kan ook een looptijd hebben van 42 of 90 dagen, afhankelijk van de toepasselijke regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa). Indien sprake is van een doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren. Voorts is met ingang van 1 januari 2012 de DBC vervangen door DOT (DBC's Op weg naar Transparantie).
- 9.3. Het verplicht en vrijwillig eigen risico bestaat, conform de voorwaarden van de zorgverzekering, uit de bedragen aan kosten van zorg of overige diensten die per kalenderjaar voor rekening van de verzekerde blijven. De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Echter, indien de zorg of dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten, wordt gedeclareerd met één DOT, dan wordt het eigen risico toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DOT is geopend.
- 9.4. Door het ziekenhuis zijn in 2015 en 2016 verschillende DOT's bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Zo heeft het ziekenhuis op 23 september 2015 een eerste DOT geopend. Deze DOT is na 90 dagen, conform de hiervoor geldende regels van de NZa, op 21 december 2015 gesloten. Indien na sluiting verdere behandeling noodzakelijk is, wordt aansluitend een vervolg-DOT geopend. Ingevolge artikel 9 van de Regeling medisch specialistische zorg (NR/CU-249) van de NZa opent het ziekenhuis in een dergelijke situatie een vervolgtraject dat ingaat één dag na de sluitingsdatum van het voorgaande traject. Voorts bepaalt dit artikel dat deze vervolg-DOT een maximale looptijd heeft van 120 dagen. In het onderhavige geval was de einddatum 21 december 2015 zodat de vervolg-DOT liep van 22 december 2015 tot en met 19 april 2016. Het voorgaande betekent dat alle in deze periode gemaakte kosten die verband houden met de zelfde zorgvraag vallen onder deze vervolg-DOT.
- 9.5. Uit artikel A.26 van de zorgverzekering volgt dat voor het antwoord op de vraag ten laste van welk kalenderjaar de kosten van medisch specialistische zorg komen, de openingsdatum van de DBC/ DOT bepalend is. In dit geval is de openingsdatum van de initiële DOT 23 september 2015 en van de vervolg-DOT 22 december 2015, zodat de betreffende kosten dienen te worden verrekend met het verplicht eigen risico voor dat jaar. Ingevolge het bepaalde in de voorwaarden van de zorgverzekering is verzoeker in 2015 een bedrag van € 375,- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor de zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoeker in 2015 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- zodat het totale eigen risico van verzoeker in 2015 € 875,- bedroeg. Tussen partijen is niet in geschil dat het verplicht en vrijwillig eigen risico op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog niet was "volgemaakt". Voorts geldt dat de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht de bedragen van € 184,68 en € 620,20 ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 gebracht.
- 9.6. Door de ziektekostenverzekeraar is betoogd dat dit alles niet geldt voor de kosten van de op 15 januari en 15 maart 2016 aan verzoeker afgeleverde medicijnen. Deze medicijnen vormen geen onderdeel van de (vervolg)-DOT (medisch specialistische zorg), maar vallen onder de aanspraak op farmaceutische zorg. Hiervoor geldt dat op grond van artikel A.26 van de zorgverzekering de afleverdatum bepalend is. De commissie onderschrijft deze visie en is van oordeel dat de

ziekttekostenverzekeraar de betreffende kosten derhalve terecht heeft verrekend met het nog openstaande verplicht eigen risico 2016 van verzoeker.

- 9.7. Gezien het voorgaande hoefden de door het ziekenhuis gedeclareerde vervolg-DOT met ingangsdatum 22 december 2015 en de door de apotheek van het ziekenhuis gedeclareerde kosten van de op 15 januari en 15 maart 2016 afgeleverde medicijnen voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding te geven de betreffende nota's te weigeren dan wel aan te dringen op correctie. Wat betreft de nota van 14 maart 2016 ten bedrage van € 179,-- geldt dat de ziektekostenverzekeraar contact heeft opgenomen met het ziekenhuis, waarna laatstgenoemde heeft verklaard de betreffende nota te zullen crediteren. Dit betekent dat het bedrag van € 179,-- niet ten laste van het verplicht eigen risico 2016 zal worden gebracht, hetgeen door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 11 november 2016 is bevestigd. De commissie laat dit punt daarom verder rusten.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat partijen niet (meer) van mening verschillen over het feit dat de nota van 14 maart 2016 ten bedrage van € 179,-- ten onrechte is verrekend met het verplicht eigen risico 2016 van verzoeker.
Hetgeen meer of anders door verzoeker is verzocht, dient te worden afgewezen.
- 9.9. Aangezien deels aan het verzoek is tegemoetgekomen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie stelt vast dat partijen niet (meer) van mening verschillen over het feit dat de nota van 14 maart 2016 ten bedrage van € 179,-- ten onrechte is verrekend met het verplicht eigen risico 2016 van verzoeker.
Hetgeen meer of anders door verzoeker is verzocht wijst de commissie af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 11 januari 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester