



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Eigen risico, declaratie, DBC, schadevergoeding
Zaaknummer : 201402965
Zittingsdatum : 8 april 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 19 en 21 Zvw, 2.17 Bzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Univé GemeentePakket Compleet afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoeker een bedrag van € 234,72 in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico voor het jaar 2013.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 29 oktober 2014 en 12 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 19 november 2014 en telefonisch contact van 24 november 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 234,72 ten onrechte van hem vordert (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 16 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 februari 2015 aan verzoeker gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 februari 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 maart 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

-  4.1. Voor verzoeker is op 23 maart 2012 door het Westfriesgasthuis een zorgtraject geopend. Het bij de start van dit zorgtraject geopende reguliere subtraject is volgens de regels na 90 dagen gesloten, derhalve op 20 juni 2012. Eveneens volgens de regels werd direct aansluitend een vervolg-subtraject geopend op 21 juni 2012. Tijdens de looptijd van dit subtraject is verzoeker voor het laatst op controle geweest op 30 oktober 2012. Het subtraject is - zoals gebruikelijk - na 365 dagen gesloten, dat wil zeggen op 20 juni 2013. Verzoeker is op 6 mei 2014 op consult geweest in het Westfriesgasthuis. Dit consult valt binnen het vervolg-subtraject dat is geopend op 21 juni 2013 en eindigde op 20 juni 2014.

De werkelijke behandeldata zijn:

- voor het subtraject van 21 juni 2012 tot 20 juni 2013: 30 oktober 2012 (laatste behandeling);
- voor het subtraject van 21 juni 2013 tot 20 juni 2014: 6 mei 2014 (eerste behandeling).

 In het kalenderjaar 2013 heeft verzoeker derhalve geen zorg genoten. Voor dit jaar was sprake van een openstaand (ongebruikt) eigen risico van € 234,72. Verzoeker benadrukt dat hij in de jaren 2012 tot en met 2014 klant van de ziektekostenverzekeraar is geweest, zodat geen sprake is van verdeling van zorglasten tussen verzekeraars.

-  4.2. Het geschil betreft de interpretatie van het woord 'kalenderjaar' in het kader van de Diagnose Behandeling Combinatie (hierna: DBC), zoals bedoeld in de artikelen 1.10 en 7.5 van de zorgverzekering.

Volgens artikel 1.10 van de zorgverzekering is voor het berekenen van het eigen risico conform artikel 7.5 van de zorgverzekering, het jaar van de eerste werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend. De werkelijke behandeldata liggen in 2012 en 2014. Volgens de ziektekostenverzekeraar is echter de ingangsdatum van de DBC leidend. Hierbij wordt verwezen naar artikel 7.5 van de zorgverzekering, maar de ziektekostenverzekeraar interpreteert de term 'kalenderjaar' verkeerd.

-  4.3. Verzoeker heeft zich tot het Westfriesgasthuis gewend. Een medewerker van de administratie aldaar deelde hem mede dat informatie over de werkelijke behandeldatum van levering tot 31 mei 2014 niet aan verzekeraars wordt verstrekt. Artikel 18.1 (r) van Naregel NR/CU-247 (Regeling medisch specialistische zorg) van de Nederlandse Zorgautoriteit bepaalt dat: "*Indien één van de in bijlage 3a genoemde zorgactiviteiten deel uit maakt van het lokale profiel van een DBC-zorgproduct geopend na 31 mei 2014, dient de code, omschrijving, aantal en de uitvoerdatum van deze zorgactiviteit te worden vermeld op de declaratie.*" Dit bevestigt de uitleg die verzoeker geeft aan de artikelen 1.10 en 7.5 van de zorgverzekering.

-  4.4. Het heeft verzoeker veel moeite gekost erachter te komen op welke zorg declaratie 38511774 van vergoedingenoverzicht 2014-5 van de ziektekostenverzekeraar ziet. Het Westfriesgasthuis heeft hieraan op voortreffelijke wijze zijn medewerking verleend. Uiteindelijk werd duidelijk dat het ging om een terugheveling van zorgkosten uit 2014.

Verzoeker vordert het volgende:

1. dat declaratie 38511774 van het Westfriesgasthuis onder het eigen risico voor het kalenderjaar 2014 wordt gebracht, conform de artikelen 7.5 en 1.10 van de zorgverzekering;
2. dat het entreegeld ten bedrage van € 37,-- op basis van artikel 14.2 van het reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen wordt vergoed;
3. dat hem een schadevergoeding wordt toegekend op basis van artikel 14.3 van het reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen voor de gemaakte, redelijke post- en reiskosten in het kader van het onderhavig geschil.

-  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. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars werken met DBC's. Deze worden ook gebruikt voor de rekening. Een DBC is een optelsom van de diagnose van de specialist en de (eventuele) ziekenhuisbehandeling die hieruit volgt. Diagnose en behandeling bepalen samen één prijs die het ziekenhuis achteraf bij de patiënt of de verzekeraar in rekening mag brengen. De ingangsdatum van de DBC is leidend voor de verwerking van de declaratie.
De Nederlandse Zorgautoriteit bepaalt hoe een verzekeraar een DBC moet verwerken. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar deze instantie.

 5.2. Het Westfriesgasthuis declareerde voor verzoeker een behandeling door de afdeling urologie. Het ziekenhuis heeft op 23 maart 2012 een DBC aangemaakt voor een periode van drie maanden. Daarna is het behandeltraject voortgezet en is tweemaal een vervolg-DBC aangemaakt voor de duur van één jaar met begindata 21 juni 2012 en 21 juni 2013. Alle behandelingen die plaatsvinden binnen deze periode zijn opgenomen in de DBC. De nota van de laatste DBC met begindatum 21 juni 2013 is verrekend met het verplicht eigen risico van 2013 (€ 234,72). Deze verrekening van de DBC met het verplicht eigen risico is gebaseerd op artikel 7.5 van de zorgverzekering.

 5.3. Verzoeker betwist niet de declaratie van het ziekenhuis en ook niet de startdatum van 21 juni 2013 van het vervolg-subtraject van de betreffende DBC. Wél betwist verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van het vervolg-subtraject onder het verplicht eigen risico 2013 heeft laten vallen. Volgens hem is het twistpunt de interpretatie van het woord 'kalenderjaar' in de artikelen 1.10 en 7.5 van de verzekeringsvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar stelt echter dat het twistpunt het gebruik van het woord 'behandeling' en de start van de behandeling is. Verzoeker gaat ervan uit dat de datum van een zorgactiviteit de werkelijke behandeldatum is. Dit is niet het geval. Ieder DBC (vervolg-)subtraject omvat een behandeling of een controletraject. Volgens de geldende NZa-beleidsregel wordt een subtraject geopend als een reguliere behandeling of controletraject na het afsluiten van een initiële of een vervolgbehandeling wordt vervolgd. De vervolgafspraken van mei 2014 zijn daarom onderdeel van een (vervolg)behandeling of controletraject die start op de dag na de sluitingsdatum van de vorige vervolgbehandeling. Zowel in artikel 1.10 als artikel 7.5 van de verzekeringsvoorwaarden is vermeld 'behandeling' en 'behandeling is gestart'. In het geval van verzoeker is de (vervolg)behandeling of het controletraject weer gestart op 21 juni 2013, ook al vinden de zorgactiviteiten pas in 2014 plaats. Ingevolge artikel 7.5 van de zorgverzekering valt vergoeding van de kosten van de DBC (vervolg)behandeling of het controletraject met de startdatum 21 juni 2013 terecht onder het verplicht eigen risico 2013. De ziektekostenverzekeraar handhaaft derhalve de vordering van € 234,72 ter zake van het verplicht eigen risico 2013.

 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 het bedrag van € 234,72 ter zake van het verplicht eigen risico 2013 bij verzoeker mag vorderen.

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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...)

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart."

8.4. Artikel 1.10 van de zorgverzekering luidt:

"1.10. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de Univé Zorg Geregeld polis plaatsvindt. Als een behandeling in 2 kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de Univé Zorg Geregeld polis.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)-jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend."

8.5. De artikelen 1.10 en 7 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

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

Eigen risico

-  9.1. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar een nota ontvangen voor het verplicht eigen risico 2013 ten bedrage van € 234,72, ter zake van medisch specialistische zorg. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker voor het kalenderjaar 2013 een verplicht eigen risico had van € 350,--, dat dit eigen risico slechts voor een deel met andere kosten was 'volgemaakt', en dat de kosten van medisch specialistische zorg niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico. Verzoeker betwist de verrekening van de door hem genoten zorg met het verplicht eigen risico 2013.
-  9.2. De ziektekostenverzekeraar betoogt dat een bedrag van € 234,72 in rekening is gebracht in verband met het verplicht eigen risico 2013 omdat door het Westfriesgasthuis een DBC is gedeclareerd voor een behandeling door de afdeling urologie (interne geneeskunde) met als begindatum 21 juni 2013 en einddatum 20 juni 2014. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat hij in het kalenderjaar 2013 geen zorg heeft genoten. Zijn laatste behandeling bij het Westfriesgasthuis was op 30 oktober 2012 en hij heeft zich aldaar voor het eerst weer gemeld op 6 mei 2014. De zorg die hij genoot op 6 mei 2014 dient volgens verzoeker op basis van de werkelijke behandeldatum, en gelet op het gestelde in artikel 1.10 van de zorgverzekering, te worden toegerekend aan het jaar 2014 en daarmee het (eventuele openstaande) verplicht eigen risico voor dat jaar. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.
-  9.3. Uitgangspunt is dat medisch specialistische zorg wordt gedeclareerd door middel van een DBC en dat een DBC niet is gebonden aan een kalenderjaar. Bij het declareren van de zorg is niet de feitelijke behandeldatum leidend, maar de ingangsdatum van de DBC. De DBC kan derhalve twee delen van kalenderjaren beslaan, terwijl de feitelijke behandeling slechts in één kalenderjaar valt. De feitelijke zorgverlening en de declaratie daarvan lopen derhalve in tijd niet synchroon. De door het ziekenhuis gedeclareerde DBC - en daarmee de behandeling - valt in de situatie van verzoeker in twee kalenderjaren, te weten 2013 en 2014. De kosten dienen, overeenkomstig de DBC-systematiek en artikel 7.5 van de zorgverzekering, te worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart. In onderhavig geval is de ingangsdatum van de DBC 21 juni 2013, zodat de kosten van de behandeling terecht zijn verrekend met het eigen risico 2013. De verwijzing door verzoeker naar artikel 1.10 van de zorgverzekering treft geen doel. In lijn met hetgeen hiervoor is overwogen is in genoemd artikel de volgende passage opgenomen: *"..., vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de Univé Zorg Geregeld Polis."* Hieruit blijkt dat medisch specialistische zorg onder de dekking van de verzekering valt indien de ingangsdatum van de DBC binnen de looptijd van de verzekering ligt, ook al is betrokkene ten tijde van de werkelijke behandeldatum wellicht al elders verzekerd.
-  9.4. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst. De commissie is derhalve van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar terecht het eigen risico 2013 ten bedrage van € 234,72 van verzoeker vordert.

Schadevergoeding

-  9.5. Verzoeker wenst aanspraak te maken op vergoeding van post- en reiskosten alsmede het voor onderhavige procedure betaalde entreegeld. Aangezien het verzoek wordt afgewezen, bestaat geen reden voor toekenning van een schadevergoeding, nog daargelaten dat het verzoek hiertoe door verzoeker niet nader is gespecificeerd en gesubstantieerd.

Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 8 april 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo

