



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen
Zaak : Eigen risico, vervolg-DBC
Zaaknummer : 201500240
Zittingsdatum : 23 september 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen FNV Zorg 2 en FNV TandZorg 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken. Alle hiervoor genoemde 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 brief van 27 juli 2014 een bedrag van totaal € 361,-- bij verzoekster in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico 2014.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 1 april 2015 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 27 mei 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar van eerdergenoemd bedrag van € 361,-- een deel, te weten € 343,77, niet bij haar in rekening mag brengen (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 juli 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 juli 2015 aan verzoekster gezonden.

-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 juli 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 september 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. 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.
-  3.9. Verzoekster is op 23 september 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
-  3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar opgedragen bij het ziekenhuis navraag te doen of het in de situatie van verzoekster mogelijk is één DBC-code te hanteren met een openingsdatum in 2013, zodat de kosten ten laste van het eigen risico 2013 komen. Bij e-mailberichten van 27 en 30 oktober 2015 en 12 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geïnformeerd over de uitkomst van dit onderzoek. Afschriften van deze e-mailberichten zijn op 19 januari 2016 aan verzoekster gezonden waarbij deze in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 26 januari 2016 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster is op verwijzing van de huisarts eind 2013 op consult geweest in het ziekenhuis. Op dat moment is kennelijk een DBC geopend. Op 25 november 2013 is zij geopereerd. In vervolg hierop is verzoekster meerdere keren op controle geweest in het ziekenhuis en hebben er nabehandelingen plaatsgevonden. Achteraf is gebleken dat het ziekenhuis de op 8 oktober 2013 geopende DBC op 5 januari 2014 heeft gesloten, en op 6 januari 2014 een vervolg-DBC heeft geopend. Hierdoor is verzoekster voor een behandeling die al is gestart in 2013 toch het eigen risico 2014 verschuldigd. Naar haar mening ten onrechte, aangezien het ziekenhuis in 2013 een DBC voor een langere periode had kunnen openen. Verzoekster stelt dat het aan de ziektekostenverzekeraar is het ziekenhuis hier op aan te spreken.
-  4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat voorafgaand aan de behandeling is gekeken hoe deze het beste kon worden gepland met het oog op het eigen risico. Naar verzoekster nadien is gebleken heeft het ziekenhuis de behandeling echter gesplitst waardoor verzoekster tevens het eigen risico 2014 is verschuldigd.
-  4.3. In reactie op de na afloop van de hoorzitting overgelegde stukken stelt verzoekster dat een en ander het er niet veel duidelijker op heeft gemaakt. Het feit dat één declaratie is gecorrigeerd impliceert dat wellicht ook de andere twee declaraties onjuist zijn.
-  4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
-  5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
-  5.1. Verzoekster heeft medisch specialistische zorg genoten. Voor deze zorg heeft het ziekenhuis twee nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De eerste nota betreft een DBC die is geopend op 8 oktober 2013. De DBC is gesloten op 5 januari 2014 en heeft betrekking op de operatie die verzoekster heeft ondergaan. Dit behandeltraject is door het ziekenhuis 42 dagen na de operatie gesloten. Vervolgens is door het ziekenhuis een nieuw behandeltraject opgestart. Dit betreft de tweede DBC-nota, die ziet op een controleafspraken en nabehandelingen. Laatstgenoemde DBC is geopend op 6 januari 2014 en gesloten op 25 februari 2014. De door het ziekenhuis ingediende declaraties zijn opgesteld conform de geldende regels van de Nederlandse Zorgautoriteit.

- 5.2. Voor de DBC die is geopend op 6 januari 2014 heeft het ziekenhuis een bedrag van € 404,41 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Omdat begin 2014 het verplicht eigen risico 2014 van verzoekster nog niet volledig was volgemaakt, is ter zake een bedrag van € 343,77 bij haar in rekening gebracht.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat indien een zorgaanbieder de keuze maakt de behandeling in twee delen uit te voeren, die keuze door de ziektekostenverzekeraar dient te worden gerespecteerd.
- 5.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar aan het ziekenhuis gevraagd waarom op 6 januari 2014 een vervolg-DBC is geopend. In eerste instantie kreeg de ziektekostenverzekeraar van het ziekenhuis de reactie dat de DBC met openingsdatum 31 oktober 2013 ten onrechte is gedeclareerd en dat dit zal worden gecorrigeerd. Nadien volgde het bericht dat verzoekster op 8 oktober 2013 voor de eerste keer bij de chirurg is geweest. De DBC (van 8 oktober 2013 tot 5 januari 2014) is het eerste subtraject voor deze zorgvraag en mag, volgens de geldende declaratieregels, niet langer dan negentig dagen open staan. Aansluitend is daarom de vervolg-DBC geopend.

5.5. 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 algemene voorwaarden 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 een bedrag van € 343,77 ter zake van het verplicht eigen risico 2014 van verzoekster 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op de pagina's 9 tot en met 48 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 31 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op medisch specialistische zorg beschreven.

8.4. Op pagina 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering is het verplicht eigen risico geregeld, en luidt, voor zover hier van belang:

"Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 360 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent.

(...)

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 datonderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in artikel 'Transplantatie', bij het 7e streepje onder 'Welke zorg', is verstreken.
(...)"

- 8.5. Het bepaalde op de pagina's 8 (eigen risico) en 31 (medisch specialistische zorg) is volgens pagina 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 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
- 9.1. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de beide, door het ziekenhuis ingediende declaraties.
Aangezien het ziekenhuis rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota's en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor haar 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 had moeten aandringen op correctie, dit mede gelet op de stelling van verzoekster dat het ziekenhuis op 8 oktober 2013 een DBC voor een langere periode had kunnen openen. De commissie overweegt als volgt.
- 9.2. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandelcombinatie (DBC). Deze regeling is op 1 januari 2005 ingevoerd door de overheid en is gebaseerd op de Wet marktordening gezondheidszorg. De DBC-systematiek vormt voor de commissie een gegeven. Een DBC is gebaseerd op een bepaalde zorgvraag en omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen.
- 9.3. Door het ziekenhuis zijn in 2013 en 2014 verschillende DBC's bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Uit de na afloop van de hoorzitting door de commissie ontvangen stukken blijkt dat het ziekenhuis ten onrechte een DBC met de openingsdatum 31 oktober 2013 heeft gedeclareerd.

Kennelijk heeft hierop nadien een correctie plaatsgevonden. De commissie laat dit onderdeel verder rusten.

Tussen partijen is in geschil dat de ziektekostenverzekeraar een andere DBC voor een bedrag van € 343,77 heeft verrekend met het verplicht eigen risico 2014. Het betreft hier de DBC die op 6 januari 2014 is geopend. Nadat de betreffende DBC op 25 februari 2014 is afgesloten, heeft het ziekenhuis de kosten ten bedrage van € 404,41 bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten verrekend met het nog resterende verplicht eigen risico 2014 van verzoekster. Door verzoekster is niet bestreden dat zij de onderhavige zorg heeft genoten. Haar bezwaar is gericht tegen het feit dat het ziekenhuis in 2014 een nieuwe DBC heeft geopend.

- 9.4. Uit de overgelegde stukken blijkt dat het ziekenhuis, voorafgaand aan de hiervoor bedoelde DBC, op 8 oktober 2013 een DBC heeft geopend met dezelfde omschrijving. Deze DBC is op 5 januari 2014 gesloten. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door verzoekster niet bestreden dat de op 8 oktober 2013 geopende DBC betrekking had op een operatie en de op 6 januari 2014 geopende DBC op de nadien kennelijk noodzakelijke vervolgbehandelingen. De vraag is of het ziekenhuis gerechtigd was voor deze vervolgbehandelingen een nieuwe DBC te openen. De commissie is van oordeel van deze vraag bevestigend moet worden beantwoord. In de Regeling medisch specialistische zorg (NR/CU-240) van de Nederlandse Zorgautoriteit is in artikel 9 bepaald dat na een klinische opname de DBC op de 42e dag na de ontslagdatum wordt gesloten, alsmede dat na een operatieve ingreep - in dagverpleging of poliklinisch - de DBC wordt gesloten op de 42e dag na de operatie. De declarabele prestatie eindigt dus op de 42e dag na het ontslag dan wel de ingreep, in dit geval dus 5 januari 2014. Indien daarna nog een controle moet worden uitgevoerd, of - zoals in het geval van verzoekster - nog een behandeling moet plaatsvinden, wordt een nieuwe DBC geopend. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de door het ziekenhuis gedeclareerde DBC's met ingangsdatum 8 oktober 2013 respectievelijk 6 januari 2014 voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding hoefden te geven deze weigeren dan wel aan te dringen op correctie.

- 9.5. Ingevolge het bepaalde op pagina 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering is verzoekster in 2014 maximaal € 360,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Tussen partijen is niet in geschil dat dit verplicht eigen risico 2014 tot het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog grotendeels open stond. Voorts staat vast dat deze kosten niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht de in 2014 gemaakte kosten van medisch specialistische zorg tot een bedrag van € 343,77 ten laste van het eigen risico van verzoekster voor dat jaar gebracht.

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, 27 januari 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester