



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door
Aevitae B.V. te Heerlen
Zaak : Eigen risico, geneeskundige zorg, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201402700
Zittingsdatum : 15 juli 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en 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, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

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

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering (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 Tandartsverzekering 100% max. € 350,00 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 brief van 27 juni 2014 een bedrag van € 353,64 bij verzoeker in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico voor 2014.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 24 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 13 april 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 353,64 niet bij hem in rekening mag brengen (hierna: het verzoek).

3.5. 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.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 mei 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 mei 2015 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 4 en 25 juni 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 juli 2015 telefonisch gehoord.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker heeft op 27 juni 2014 van de ziektekostenverzekeraar een rekening ontvangen ter zake van het verplicht eigen risico 2014. Deze nota is naar de mening van verzoeker niet juist. Daartoe voert verzoeker aan dat hij eind 2013 met een bij naam genoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar heeft gesproken. Tijdens dit gesprek heeft verzoeker gevraagd hoe het zit met het eigen risico indien een behandeling start in 2013 en eindigt in 2014. In antwoord op deze vraag heeft de betreffende medewerkster hem medegedeeld dat de kosten worden verrekend met het eigen risico 2013. Na dit telefonisch contact is verzoeker - in 2013 - gestart met de behandeling die is geëindigd in 2014. Verzoeker vindt daarom dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd is de kosten hiervan ten laste van het verplicht eigen risico 2014 te brengen.

 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij van het gesprek met de bij naam genoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar een verslag heeft gemaakt. De betreffende medewerkster heeft echter alleen "uitleg eigen risico" genoteerd. Dit is veel te beknopt. Verder stelt verzoeker dat over het termijn van 90 dagen tijdens het telefonisch contact niet is gezegd. Zou dit wel zijn gebeurd, dan had hij dit met het ziekenhuis kunnen opnemen. Ook zou de ziektekostenverzekeraar de opname nog eens kunnen terugluisteren.

 4.3. 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 medisch specialistische zorg genoten. Voor deze zorg heeft het ziekenhuis op 19 oktober 2013 een nota met DBC-prestatiecode 15A325 ten bedrage van € 1.497,27 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De omschrijving die bij deze DBC prestatiecode hoort is: Slaapademhalingsregistratie onderzoek bij een slaapstoornis. Deze DBC had betrekking op de periode van 19 april 2013 tot en met 17 juli 2013. Omdat eind oktober 2013 het verplicht eigen risico voor 2013 van verzoeker nog niet volledig was volgemaakt, is een bedrag van € 295,35 bij hem in rekening gebracht.

 5.2. Eind juni 2014 heeft het ziekenhuis een nieuwe DBC ter declaratie ingediend. Deze DBC met verrichtingscode 15D623 heeft als omschrijving: Neusschelpoperatie bij een allergie, en bedraagt € 1.424,64. De door het ziekenhuis opgegeven behandelperiode is 25 februari 2014 tot en met 8 mei 2014. Omdat het eigen risico voor 2014 van verzoeker nog niet was volgemaakt, is een bedrag van € 353,64 bij verzoeker in rekening gebracht.

 5.3. Uit het voorgaande volgt dat de eigen risicovorderingen over de kalenderjaren 2013 en 2014 op grond van de bij de ziektekostenverzekeraar bekende gegevens correct zijn. De DBC's hadden betrekking op verschillende verrichtingen die apart mogen worden gedeclareerd. De andere DBC's die het ziekenhuis heeft gedeclareerd zijn niet bij verzoeker in rekening gebracht omdat het verplicht eigen risico voor beide jaren met bovengenoemde declaraties was volgemaakt.

 5.4. In het administratiesysteem van de ziektekostenverzekeraar wordt als regel van ieder telefoongesprek een notitie gemaakt. In de gespreksnotities die zijn gemaakt bij de polis van verzoeker is te zien dat hij op 14 november 2013 telefonisch contact heeft gehad met een bij naam genoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. De gespreksnotitie is beperkt tot "uitleg

ER". De Servicedesk medewerkers zijn getraind in de basiskennis van de Zorgverzekeringswet waarbij speciale aandacht wordt besteed aan de verrekening van het eigen risico.

- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de opgenomen telefoongesprekken niet worden gebruikt om klachten op te lossen, dit vanwege de privacy van de medewerkers. Daarbij worden vele duizenden gesprekken gevoerd en is het om efficiencyredenen niet mogelijk deze uitgebreid te registreren.

- 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 10 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 € 353,64 ter zake van het verplicht eigen risico voor 2014 van 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat.

- 8.4. Op bladzijde 36 e.v. van de zorgverzekering zijn de begripsbepalingen van de zorgverzekering opgenomen. Hierin is onder andere het begrip DBC gedefinieerd, en deze definitie luidt:

"Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijs curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen."

- 8.5. 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 € 360 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens deberekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

(...)

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."

- 8.6. De artikelen 7, 14 en het bepaalde op bladzijde 36 van de zorgverzekering (2014) zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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.
- 8.8. 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 ingediende declaraties.
Aangezien het ziekenhuis rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota's en heeft hij niet de mogelijkheid gehad betaling 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 had moeten aandringen op correctie.
- 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. Een DBC heeft een maximale looptijd van één jaar. Indien sprake is van een gedurende meerdere jaren doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een nieuwe DBC geopend.
- 9.3. Door het ziekenhuis zijn vanaf april 2013 verschillende DBC's bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Tussen partijen is in geschil dat de ziektekostenverzekeraar één van deze DBC's heeft verrekend met het verplicht eigen risico voor 2014. Het betreft hier de DBC die op 25 februari 2014 is geopend voor een "Neusschelp-operatie bij een allergie of benauwdheidsklachten". Nadat de betreffende DBC op 8 mei 2014 is afgesloten, heeft het ziekenhuis de kosten ten bedrage van € 1.424,64 op 18 juni 2014 bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten verrekend met het nog resterende verplicht eigen risico voor 2014 van verzoeker. Door verzoeker is niet bestreden dat hij de onderhavige zorg heeft genoten. Zijn bezwaar is enerzijds gericht tegen het feit dat het ziekenhuis in 2014 een nieuwe

DBC heeft geopend en betreft anderzijds de afwijkende informatie die hij hierover eind 2013 van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen.

- 9.4. Uit de overgelegde stukken blijkt dat het ziekenhuis, voorafgaand aan de hiervoor bedoelde DBC, op 27 november 2013 een DBC heeft geopend voor "Behandeling of onderzoek op de polikliniek of dagbehandeling bij een allergie of benauwdheidsklachten". Deze DBC is op 24 februari 2014 gesloten. Aansluitend is de DBC geopend met als omschrijving "Neusschelpoperatie bij een allergie of benauwdheidsklachten". Hieruit blijkt dat op 24 februari 2014 het poliklinische traject is afgerond en het operatieve traject op die datum is aangevangen. Zodoende is sprake van een nieuwe zorgvraag, hetgeen met zich brengt dat beide door het ziekenhuis gedeclareerde DBC's voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding hoefden te geven deze weigeren dan wel aan te dringen op een correctie.
- 9.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij op 14 november 2013 door een - bij naam genoemde - medewerkster van de ziektekostenverzekeraar onjuist is geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat van dit gesprek slechts is genoteerd dat uitleg is gegeven over het eigen risico, zodat niet kan worden achterhaald wat de precieze vraagstelling is geweest en hoe het antwoord hierop luidde. Volgens verzoeker is hem gezegd dat indien een behandeling start in 2013 en eindigt in 2014 de kosten worden verrekend met het eigen risico 2013. Dit is geen onjuiste informatie. Zo is de op 27 november 2013 geopende DBC met het eigen risico voor 2013 verrekend, hoewel deze pas op 24 februari 2014 is gesloten. Voor de toepassing van het eigen risico is immers de openingsdatum van de DBC bepalend. Zulks betekent dat verzoeker op basis van deze informatie niet erop kon en mocht vertrouwen dat de kosten van de in 2014 geopende nieuwe DBC nog ten laste van het eigen risico 2013 zouden worden gebracht. Dat het mogelijk in de beleving van verzoeker om dezelfde klachten ging, brengt niet mee dat hetgeen ten laste van het eigen risico wordt gebracht niet meer dan één behandeltraject kan zijn, waarvoor telkens een aparte DBC wordt geopend.
- 9.6. Ingevolge artikel 7 van de zorgverzekering is verzoeker 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 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 € 353,64 ten laste van het eigen risico voor dat jaar gebracht.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 augustus 2015,

P.J.J. Vonk