

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E, vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, ingangsdatum DBC
Zaaknummer : 2008.0424
Zittingsdatum : 17 december 2008

Zaak: 2008.0424, geneeskundige zorg, ingangsdatum DBC

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006 en 2007, art. 10,11 en 23 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissingen van de zorgverzekeraar van 11 en 24 oktober 2007 de nota voor interne geneeskunde niet te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Van 1 januari tot 25 maart 2006, van 30 oktober 2006 tot 1 april 2007 en van 1 mei 2007 tot 15 mei 2007 was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.
- 3.2. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door haar gewenste zorg bestaande uit "een vervolg DBC-prestatiecode in verband met poliklinisch onderzoek of behandeling interne geneeskunde" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 11 en 24 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 26 maart 2006 is de vervolg-DBC-prestatiecode, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, geopend.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 24 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij zijn standpunt handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 8 februari 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 3 juni 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 en 12 juni 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en zorgverzekeraar hebben op 25 juni respectievelijk 30 juni 2008 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 5 juni 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 29 oktober 2008 de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster in te willigen omdat verzoekster op het moment van de behandeling was verzekerd bij verweerder. Een afschrift van dit CVZ-advies is op 20 november 2008 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben niet op het CVZ-advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij zich wegens seizoenswerk in het buitenland, regelmatig moet in- en uitschrijven bij de zorgverzekeraar. Tijdens de perioden dat zij is ingeschreven vinden de geplande behandelingen plaats in een ziekenhuis in Nederland. Hoewel de ingangsdatum van de DBC-prestatiecode gelegen is in een tussenliggende periode, dat wil zeggen een tijdvak waarin verzoekster was uitgeschreven, heeft de feitelijke behandeling wel plaatsgevonden op een moment dat zij was ingeschreven.
- 4.2. Het ziekenhuis heeft niet de mogelijkheid om de ingangsdatum van de DBC-prestatiecode te wijzigen en heeft daarom op het bezoekdata-overzicht aangegeven dat de aanvangsdatum van de vervolg DBC-prestatiecode een administratieve datum is, die niet gekoppeld is aan enig polibezoek.
- 4.3. Verzoekster stelt dat zij de dupe wordt van de wetgeving. Enerzijds is zij verplicht zich uit te schrijven door het werk in het buitenland, anderzijds hanteert het ziekenhuis een ingangsdatum voor een vervolg DBC-prestatiecode die niet gelijk is aan de behandeldatum.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de ingangsdatum van de vervolg DBC-prestatiecode bepalend is voor de vergoeding daarvan.
- 5.2. Door de zorgverzekeraar is contact opgenomen met het betreffende ziekenhuis, met het verzoek de openingsdatum van de vervolg DBC-prestatiecode aan te passen. Het ziekenhuis is daartoe niet bereid gebleken, omdat volgens de vigerende wet- en regelgeving een vervolg-DBC-prestatiecode dient aan te sluiten op de voorafgaande DBC-prestatiecode.

- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. Voor de wijze waarop de aanspraken gedeclareerd kunnen worden, bepaalt artikel 11 lid 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering van 2006 en 2007 het volgende:

“U heeft aanspraak op zorg uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De inhoud en omvang van deze zorg staan beschreven in deze wetten. Bepalend is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van de aanvang van de behandeling bepalend.”

In artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering van 2006 en 2007 wordt de definitie van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) gegeven.

“Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.”

- 7.2. De regeling in de artikelen 1 en 11 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of de door verzoekster ingediende declaratie van de nota van een behandeling onder een vervolg DBC-prestatiecode, te weten 13.21.00.0811.1501, die op 26 maart 2006 is geopend, ten laste van de zorgverzekering dient te worden vergoed. Met betrekking daartoe overweegt de commissie als volgt.

- 7.6. In Nederland zijn op grond van de indertijd vigerende Wet tarieven gezondheidszorg, destijds door het College Tarieven Gezondheidszorg (hierna: CTG) regels gesteld omtrent het declareren van zorg in de vorm van DBC-prestatiecodes zie hiervoor beleidsregel I-658 van het CVT van 23 januari 2004.
- De strekking van deze regels is, voor zover hier van belang, verwoord in artikel 11 lid 2 in samenhang met de definitiebepaling van artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond hiervan dient een DBC-prestatiecode te worden geopend op het moment dat de zorgvraag aan een zorgverlener wordt voorgelegd. Aan het eind van de behandeling dan wel na 365 dagen wordt de DBC-prestatiecode gesloten.
- 7.7. In het onderhavige geschil is sprake van een “vervolg-DBC-prestatiecode”. Dit is een bijzondere vorm van DBC-prestatiecode, waarvoor in de voorwaarden van de zorgverzekering geen specifieke regeling is opgenomen. Voor de uitleg over de toepassing van een “vervolg-DBC-prestatiecode” is de commissie derhalve te rade gegaan bij de “Instructie DBC-registratie interne geneeskunde” van de Stichting DBC-onderhoud, zoals die gold in de periode waarin de vervolg-DBC-prestatiecode is geopend. In paragraaf 2.2.3 “Vervolg DBC’s “ is daarin het volgende opgenomen:
- “Vervolg: Dit zorgtype heeft betrekking op de volgende situaties:
- Een meerjarig zorgtraject waarbij de patiënt tenminste eenmaal per jaar ter controle of behandeling wordt gezien nadat de initiële behandelfase is afgerond. Deze DBC wordt geopend direct na afsluiting van de ervan voorafgaande initiële DBC met dezelfde diagnose.”*
- 7.8. Vaststaat dat verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd is geweest in de periodes van 1 januari tot 25 maart 2006, en daarna nog van 30 oktober 2006 tot 1 april 2007 en van 1 mei 2007 tot 15 mei 2008. Sinds de laatstgenoemde datum is zij naar Griekenland verhuisd. Op grond van bovenstaande concludeert de commissie dat de declaratie van de nota van nacontrole, die gezien het in Nederland vigerende declaratie- en vergoedingensysteem aan de datum van 26 maart 2006 is gekoppeld, op grond van artikel 11 lid 2 in samenhang met de definitiebepaling van artikel 1 van de algemene voorwaarden, door de zorgverzekeraar juist is beoordeeld.
- 7.9. In de tussenliggende perioden had verzoekster zich, op grond van de EG-Verordening 1408/71, met een E 106 formulier, afgegeven door het Griekse verzekeringsorgaan, als verdragsrechthebbende dienen in te schrijven bij het in Nederland daartoe aangewezen orgaan. De commissie heeft vastgesteld dat dit pas in 2008 voor het eerst heeft plaatsgevonden.
- 7.10. Zo verzoekster zich echter wel tijdig met een E 106-formulier zou hebben ingeschreven bij het daartoe aangewezen orgaan in Nederland, had dit naar het oordeel van de commissie in deze specifieke situatie geen oplossing geboden. Een dergelijke inschrijving had namelijk ertoe geleid dat verzoekster verzekerd was voor zorg in Griekenland, gedurende de periode(n) dat zij daar verbleef. Het onderhavige geschil betreft de situatie dat de zorg nu juist is verleend op een moment dat verzoekster in Nederland was verzekerd tegen ziektekosten, doch dat vanwege de DBC-systematiek, deze kosten dienen te worden toegerekend aan de periode waarin verzoekster voor werkzaamheden in Griekenland verbleef.
- 7.11. Anders dan het CVZ ziet de commissie geen geldige basis op grond waarvan is af te wijken van het wettelijke stelsel van de DBC-systematiek, zoals hiervoor uiteengezet.

De vraag is vervolgens wel of de in de zorgverzekering ter zake opgenomen bepalingen verzoekster kunnen worden tegengeworpen. Dienaangaande overweegt de commissie dat, in het licht van de wijze waarop het declaratiesysteem in Nederland en in Griekenland is ingericht, alsmede van doel en strekking van EG-Verordening 1408/71 met daarbij de specifieke arbeidsomstandigheden van verzoekster binnen Europa, toepassing van de onderwerpelijke bepalingen op het onderhavige geval zou leiden tot een uitkomst waarvan moet worden aangenomen dat deze daarmee niet kan zijn beoogd. De commissie overweegt voorts dat, nu de zorg de facto is verleend ten tijde dat verzoekster zich in Nederland bevond en verzoekster zich telkens voor een zorgverzekering heeft aangemeld bij de zorgverzekeraar, zich een bijzondere situatie voordoet die redelijkerwijs valt gelijk te stellen met behandeling volgens een DBC-prestatiecode met ingang van de datum van het melden van de zorgvraag.

7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe.

8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 17 december 2008,

Voorzitter