



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Eigen risico, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201502085
Zittingsdatum : 7 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 19, 21 en 23 Zvw, 2.1 en 2.17 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd FNV (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 FNV Zorg 2 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. Bij meerdere declaratieoverzichten heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 216,07 in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico voor het jaar 2014.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 juni 2015 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 30 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 216,07 niet ten laste van het verplicht eigen risico 2014 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 e-mailbericht van 22 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 september 2016 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon 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. 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.

 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 december 2016 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker is sinds 2011 onder behandeling voor longkanker en is in juli van dat jaar geopereerd. In februari 2013 ontdekte verzoeker een bult op zijn linkerborst, hetgeen wederom een tumor bleek te zijn. Hiervoor heeft verzoeker geen chemobehandelingen gehad, maar alleen bestralingen.

 4.2. Met ingang van het jaar 2015 is verzoeker verzekerd bij een andere zorgverzekeraar. De nota ter zake van het verplicht eigen risico 2014 kwam voor hem als een verrassing. Op 12 januari 2014 heeft hij geen behandeling ondergaan. Verzoeker heeft de indruk dat de gedeclareerde DBC's niet kloppen en dat dit tevens geldt voor de nota voor het verplicht eigen risico 2014. Verzoeker is op 12 januari 2015 voor controle in het ziekenhuis geweest. De nota hiervan is door de nieuwe zorgverzekeraar betaald.

 4.3. Ter zitting is door verzoeker de standpunten herhaald.

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Medisch specialistische zorg wordt door ziekenhuizen gedeclareerd door middel van een DBC. Hierin vallen alle zorgactiviteiten die horen bij een bepaalde diagnose. De looptermijn van een DBC is afhankelijk van het behandeltraject, maar dit zal nooit langer zijn dan 365 dagen. Indien sprake is van een vervolgbehandeling, wordt een vervolg-DBC geopend die moet aansluiten op de voorafgaande DBC. De ingangsdatum van de vervolg-DBC is bepalend voor het jaar waarin de kosten worden gedeclareerd en derhalve worden verrekend met het verplicht eigen risico. De ingangsdatum van de vervolg-DBC hoeft niet de datum te zijn waarop men daadwerkelijk zorg heeft gekregen.

 5.2. In de onderhavige kwestie is voor verzoeker het volgende zorgtraject uitgevoerd:

- 11 mei 2011 tot en met 21 juli 2011, zorgproductcode 03/140911
- 22 juli 2011 tot en met 12 januari 2012, zorgproductcode 03/141570
- 13 januari 2012 tot en met 11 januari 2013, zorgproductcode 03/15C069.029099031
- 12 januari 2013 tot en met 11 januari 2014, zorgproductcode 03/15C053.029099007
- 12 januari 2014 tot en met 11 januari 2015, zorgproductcode 15C069.029099031

- 5.3. Verzoeker is op 12 mei 2014 voor het vervolg van zijn behandeling in het ziekenhuis geweest. Hiervoor heeft het ziekenhuis opnieuw een vervolg-DBC gedeclareerd, met als ingangsdatum 12 januari 2014. De ingangsdatum van de nieuwe vervolg-DBC moet immers aansluiten op de sluitingsdatum van de voorgaande DBC, in casu 11 januari 2014. Het jaar waarin de nieuwe vervolg-DBC is gestart geldt als het jaar waarover het verplicht eigen risico wordt berekend. Derhalve is ter zake van de door het ziekenhuis geleverde zorg terecht het verplicht eigen risico 2014 bij verzoeker in rekening gebracht.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft het ziekenhuis herhaaldelijk verzocht om opheldering over de sluitingsdata 21 juli 2011 en 12 januari 2012. Het was niet duidelijk op grond waarvan deze DBC's niet 365 dagen hadden open gestaan. Het ziekenhuis heeft hierop het volgende medegedeeld. Op 21 juli 2011 is bekend geworden dat sprake was van een tweede primaire tumor, waarvoor een apart chemo-traject is opgestart. Derhalve is het eerste traject gesloten op 21 juli 2011. Verzoeker heeft destijds echter zelf laten weten af te zien van een specifieke behandeling en te willen doorgaan met het lopende traject, zij het met nauwkeurige controle. Op 12 januari 2012 is door de arts beoordeeld dat de specifieke controle voor deze 'afwachterende behandeling' was afgerond en dat verzoeker over kon gaan naar een regulier controle-traject, hetgeen leidde tot sluiting van de DBC. De registratie van de DBC's is door het ziekenhuis conform de regels van het DBC-systeem van 2011 gedaan, waarbij de arts nog bepaalde wanneer een DBC werd gesloten. In het DOT-tijdperk vanaf 2012 bepaalt de ICT - en niet de arts - wanneer een DBC wordt gesloten en vanaf dat moment belopen de trajecten steeds 365 dagen.
- 5.5. Door de ziektekostenverzekeraar is onderzocht wat de impact is van een eventuele wijziging van de DBC's, indien deze wel pas na 365 dagen worden gesloten. Het financiële effect blijkt € 0,- te zijn. Verzoeker zou op hetzelfde uitkomen en alsnog het verplicht eigen risico verschuldigd zijn over 2014.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar de standpunten herhaald.
- 5.7. 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 en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 216,07 ter zake van het verplicht eigen risico 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 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 de betreffende passage 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 dat onderzoek 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 het gestelde op pagina 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

 8.6. Medisch specialistische 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 verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv. Artikel 23 Zvw bepaalt dat 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 ziektekostenverzekeraar of een 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 ingediende declaraties. Omdat het ziekenhuis rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar declareert, en deze de kosten verrekent met het verplicht eigen risico, heeft verzoeker echter wel een financieel belang, zodat de vraag is of de ziektekostenverzekeraar de

betreffende declaraties had moeten afwijzen dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie. In dat verband overweegt de commissie als volgt.

In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde 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 gegeven paramedische zorg en verstrekte geneesmiddelen. Een DBC had oorspronkelijk een maximale looptijd van 365 dagen. Met ingang van 2015 is dit teruggebracht naar maximaal 120 dagen, waarbij sprake kan zijn van ten hoogste drie aansluitende perioden. Indien het een doorlopende behandeling betreft, wordt steeds aansluitend een nieuwe DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft voldaan aan zijn zorgplicht door, naar aanleiding van de klacht van verzoeker, meerdere keren aanvullende informatie op te vragen bij het ziekenhuis, ten behoeve van het maken van een zorgvuldige heroverweging. Daarbij is hij tot de conclusie gekomen dat het gedeclareerde DBC-zorgproduct correct is.

- 9.3. De commissie merkt op dat door het ziekenhuis een vervolg-DBC is gedeclareerd met de openingsdatum 12 januari 2014. Deze vervolg-DBC is gesloten op 11 januari 2015. De afspraak op 12 mei 2014 valt binnen dit behandeltraject. Voor het antwoord op de vraag ten laste van welk jaar de kosten komen, geldt dat de openingsdatum van de DBC bepalend is. Deze datum - 12 januari 2014 - sluit aan op de sluitingsdatum van het voorafgaande behandeltraject en ligt in 2014 zodat door de ziektekostenverzekeraar de kosten terecht zijn verrekend met het verplicht eigen risico voor dat jaar.

De ziektekostenverzekeraar heeft nog specifiek navraag gedaan naar de sluitingsdata 21 juli 2011 en 12 januari 2012. Hij concludeert dat het ziekenhuis volgens de toen geldende regels correct heeft gedeclareerd, hetgeen door verzoeker in de procedure niet is weersproken. De ziektekostenverzekeraar is tevens nagegaan hoe de uitkomst was geweest indien wel was uitgegaan van de maximale looptijd van 365 dagen voor de betreffende DBC's. Dit zou de uitkomst niet anders maken. Ook in die situatie zou de openingsdatum van de vervolg-DBC in 2014 liggen en zouden de betreffende kosten ten laste van het eigen risico van dat jaar komen. Ook dit is door verzoeker niet weersproken.

- 9.4. Ingevolge het bepaalde op pagina 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering was 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 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 € 216,07 ten laste van het eigen risico van verzoeker voor dat jaar gebracht.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2016,



A.I.M. van Mierlo

