



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Nijmegen,
Zaak : Eigen risico, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201502432
Zittingsdatum : 23 maart 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Nijmegen, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering IZA GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Classic Comfort 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). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij declaratieoverzicht van 13 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster een bedrag van € 289,46 in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico voor het jaar 2014.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 11 november 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 289,46 niet ten laste van het verplicht eigen risico van 2014 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 22 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 januari 2016 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 februari 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 maart 2016 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft op 6 maart 2015 het Audiologisch Centrum Eindhoven (hierna: AC Eindhoven) bezocht voor een hoortest. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar ten laste van het verplicht eigen risico 2014 gebracht. Verzoekster is het hiermee niet eens, omdat zij in dat jaar niet in het AC Eindhoven is geweest. De kosten dienen ten laste te worden gebracht van het verplicht eigen risico van het jaar 2015. In dat jaar heeft verzoekster het verplicht eigen risico echter al met andere kosten "volgemaakt".

4.2. Verzoekster was niet op de hoogte van de regeling waarbij door middel van een Diagnose Behandeling Combinatie (hierna: DBC) wordt gedeclareerd. Het was aan de ziektekostenverzekeraar haar hierover te informeren. Als verzoekster tijdig op de hoogte was geweest van deze systematiek, zou zij eerst ná 12 mei 2015 een consult hebben gepland in het AC Eindhoven, in welk geval een nieuwe DBC zou zijn geopend met een openingsdatum in 2015.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In Nederland wordt gedeclareerd met DBC-codes. Een DBC is een optelsom van de diagnose van de specialist en de (eventuele) ziekenhuisbehandeling die hieruit volgt. De diagnose en behandeling bepalen samen één prijs die de zorgaanbieder achteraf bij de ziektekostenverzekeraar in rekening mag brengen. Aan elke DBC is een bepaalde behandelperiode gekoppeld. De behandelperiode is maximaal één jaar en start op de dag van het eerste (ziekenhuis)bezoek. Indien nodig wordt na maximaal één jaar een vervolg-DBC geopend. De begindatum van deze vervolg-DBC sluit aan op de einddatum van de vorige DBC. Achteraf declareert het ziekenhuis de kosten voor de gehele behandelperiode.

In het onderhavige geval was een DBC geopend op 12 mei 2013 die liep tot en met 11 mei 2014. Het consult vond plaats op 6 maart 2015, derhalve binnen een jaar na de sluitdatum van de laatste DBC. De begindatum van de vervolg-DBC is daarom 12 mei 2014, hetgeen tevens de datum is die op het vergoedingenoverzicht staat. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen, dan worden deze kosten in mindering gebracht op het verplicht eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart. Het bedrag van € 289,46 is dan ook terecht verrekend met het verplicht eigen risico van het kalenderjaar 2014.

5.2. 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 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 € 289,46 terecht ten laste heeft gebracht van het verplicht eigen risico van het kalenderjaar 2014.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 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 34 e.v. van de zorgverzekering zijn de begripsbepalingen van de zorgverzekering opgenomen. Het begrip "DBC" is als volgt gedefinieerd:

"(...) 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 (tweedelijns 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 de berekeningswijze 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 en 14 en de begripsbepalingen op bladzijde 34 e.v. van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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 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 zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

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. 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 heeft een maximale looptijd van één jaar. Indien sprake is van een gedurende meerdere jaren doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een nieuwe DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren. In de situatie van verzoekster is sprake van een vervolg-DBC. Het AC Eindhoven mocht deze openen omdat verzoekster op 6 maart 2015 - dat wil zeggen binnen 365 dagen na de datum waarop de vorige DBC werd gesloten - een hoortest heeft laten uitvoeren. De openingsdatum van deze vervolg-DBC is 12 mei 2014. Uit artikel 7 van de zorgverzekering volgt dat voor het antwoord op de vraag ten laste van welk kalenderjaar de kosten komen, de startdatum van de behandeling bepalend is. In dit geval is dat 12 mei 2014, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het verplicht eigen risico voor dat jaar.



9.2. Ingevolge artikel 7.1 van de zorgverzekering is verzoekster in 2014 maximaal € 360,- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor de zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Tussen partijen is niet in geschil dat het verplicht eigen risico van 2014 op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog open stond. Voorts geldt dat de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht de door middel van een DBC-code gedeclareerde kosten van medisch-specialistische zorg ten laste van het verplicht eigen risico 2014 van verzoekster gebracht.



9.3. Door verzoekster is aangevoerd dat zij door de ziektekostenverzekeraar nimmer is geïnformeerd over de DBC-systematiek. Was zij hier wel bekend mee geweest, dan had zij ná 12 mei 2015 een afspraak gemaakt. De DBC zou dan in het kalenderjaar 2015 zijn geopend en verzoekster zou in 2014 geen bedrag in verband met het verplicht eigen risico verschuldigd zijn. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie dat op bladzijde 34 e.v. van de zorgverzekering het begrip "DBC" is gedefinieerd. Daarnaast is in artikel 7.5 bepaald dat indien een behandeling in de vorm van een DBC wordt gedeclareerd, het moment van aanvang van de behandeling bepalend is voor het toepassen van zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico. Daarbij tekent de commissie aan dat verzoekster het AC Eindhoven voor het eerst in 2009 heeft bezocht en dat in ieder geval vanaf 2011 (vervolg)DBC's zijn gedeclareerd. Aan de hand van de uitkeringsspecificaties had verzoekster kunnen nagaan hoe deze declaraties zijn verwerkt en eventueel zijn verrekend met het openstaand verplicht eigen risico.



Conclusie



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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 maart 2016,

A.I.M. van Mierlo