

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, DBC, eigen risico
Zaaknummer : 2010.02565
Zittingsdatum : 11 mei 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11, 18a, 19 e.v. Zvw, 2.1, 2.4, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door G te H

tegen

1) C te D en

2) E te F

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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is tevens een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 1 ster, Beter Af Tandarts Polis 2 sterren en Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij beslissing van 11 november 2010 aan verzoekster ter zake van het eigen risico 2009 een bedrag van € 601,22 in rekening gebracht. In de specificatie daarbij staat vermeld dat een door het ziekenhuis gefactureerde DBC over de periode van 4 oktober 2009 tot en met 3 oktober 2010 ten bedrage van € 640,50 aan het ziekenhuis vergoed.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij email van 19 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 4 januari 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 16 januari 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling van 4 oktober 2009 tot en met 31 decem-

ber 2009 ten laste van het eigen risico 2009 en de kosten van de behandeling van 1 januari 2010 tot en met 3 oktober 2010 ten laste van het eigen risico 2010 te brengen (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 1 april 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 april 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 april 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 april 2011 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 mei 2011 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster had in 2009, naast het verplicht eigen risico van € 155,--, een vrijwillig eigen risico van € 500,--. In 2010 heeft zij, op aanraden van de ziektekostenverzekeraar, afgezien van een vrijwillig eigen risico.
- 4.2. Een ziekenhuis heeft op 2 november 2010 een Diagnose Behandelcombinatie (DBC) bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd voor aan verzoekster verleende zorg over de periode van 4 oktober 2009 tot en met 3 oktober 2010 ten bedrage van € 640,50.
- 4.3. Verzoekster sluit met de ziektekostenverzekeraar per kalenderjaar een verzekeringsovereenkomst. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte het volledige bedrag van voormelde factuur ten laste van het eigen risico 2009 gebracht. Het deel van het bedrag dat betrekking heeft op de periode van 4 oktober 2009 tot en met 31 december 2009 mag ten laste van het eigen risico 2009 worden gebracht. Het deel dat de periode van 1 januari 2010 tot en met 3 oktober 2010 betreft moet ten laste van het eigen risico 2010 worden geboekt. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster medegedeeld dat hij met het ziekenhuis hierover afspraken heeft gemaakt. Verzoekster stelt dat zij niets te maken heeft met dergelijke afspraken. De ziektekostenverzekeraar verwijst weliswaar naar de artikelen 7.10 en 8.7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, maar verzoekster heeft deze polisvoorwaarden nooit ontvangen, ook niet nadat zij de ziektekostenverzekeraar daarom had verzocht.
- 4.4. Voorts is verzoekster begin 2009 gedurende één nacht opgenomen geweest in het ziekenhuis. Hierdoor is het verschuldigde eigen risico voor 2009 reeds verbruikt.
- 4.5. Daarnaast is de onderhavige factuur onvoldoende gespecificeerd. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om een nadere specificatie van de factuur. Deze kan de nota echter niet specificeren en heeft verzoekster hiervoor verwezen naar

het ziekenhuis. Het ziekenhuis wil de factuur echter niet nader specificeren. Het is voor verzoekster dus niet mogelijk de factuur te controleren.

- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster haar voornoemde stellingen herhaald. Desgevraagd heeft zij verklaard dat zij wel de voorwaarden inzake de vergoedingen heeft ontvangen. Verzoekster benadrukt dat zij tot en met 2009 een hoog vrijwillig eigen risico had, maar dat zij op advies van de ziektekostenverzekeraar in 2010 hiervan heeft afgezien. Ook haar echtgenoot heeft het eigen risico van zijn zorgverzekering aangepast. Hier staat een hogere premie tegenover. Nu wil de ziektekostenverzekeraar kosten die in 2010 zijn gemaakt ten laste van het vrijwillig eigen risico van 2009 brengen. Achteraf bleek voornoemd advies van de ziektekostenverzekeraar onvolledig. Als verzoekster dit geweten had, had haar echtgenoot zijn zorgverzekering bij het oude gelaten, dan had hij in ieder geval nog het voordeel van een lagere premie gehad.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat alle ziekenhuisbehandelingen in DBC's worden gedeclareerd. Indien een DBC in 2009 is geopend, komen de kosten daarvan ten laste van het eigen risico van 2009. De kosten van de DBC zijn rechtstreeks aan het ziekenhuis vergoed. De ziektekostenverzekeraar raadt verzoekster aan zelf contact op te nemen met het ziekenhuis als zij vermoedt dat de kosten onterecht zijn gedeclareerd.
 - 5.2. Uit navraag bij het betreffende ziekenhuis is gebleken dat in een eerdere DBC die betrekking heeft op de periode van 4 oktober 2008 tot en met 3 oktober 2009 een opname van 25 tot en met 26 februari 2009 was begrepen. Gelet hierop is het eigen risico van 2009 niet verbruikt door de ziekenhuisopname begin 2009, zoals door verzoekster gesteld.
 - 5.3. De zorgverlener declareert de kosten onder vermelding van naam, polisnummer, geboortedatum, BSN-nummer en de aan de verrichting gekoppelde DBC. In de regel is het voor de ziektekostenverzekeraar, gelet op de privacygevoeligheid van medische gegevens, niet noodzakelijk over meer informatie te beschikken dan wat op grond van de DBC wordt aangeleverd.
 - 5.4. Uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat de polisvoorwaarden 2009 en 2010 op respectievelijk 8 november 2008 en 7 november 2009 aan verzoekster zijn verstuurd. Na een telefonisch verzoek daartoe zijn op 12 januari 2011 eveneens polisvoorwaarden toegestuurd. Op 14 januari 2011 is verzoekster geadviseerd per email een verzoek in te dienen, zodat de polisvoorwaarden digitaal toegestuurd konden worden.
 - 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de polisvoorwaarden 2009 op 8 november 2008 en 12 januari 2009 aan verzoekster zijn verstuurd. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat voor DBC's een afwijkende systematiek wordt gehanteerd. Voor de bepaling van het eigen risico is de openingsdatum bepalend. In dit geval is de DBC op 4 oktober 2009 geopend en daarom telt deze mee voor het eigen risico van 2009. Een en ander staat vermeld in de polisvoorwaarden.

- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is 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 terecht (een gedeelte van) de kosten van de gedeclareerde en vergoede DBC voor ziekenhuiszorg over de periode van 4 oktober 2009 tot en met 3 oktober 2010 ten laste van het wettelijke en vrijwillige eigen risico 2009 heeft gebracht.
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 zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. In artikel 1 van de zorgverzekering is de aanspraak opgenomen op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis. In artikel 4 van de zorgverzekering is de aanspraak opgenomen op medisch specialistische zorg (poliklinisch).
- 8.4. In artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden het verplicht eigen risico is verschuldigd. Onder 7.10 is bepaald dat wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, het moment van aanvang van de behandeling bepalend is voor het toepassen van het verplicht eigen risico.
- 8.5. In artikel 8 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden het vrijwillig eigen risico is verschuldigd. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:
- “8.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico.(...) 8.7 Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een vrijwillig gekozen eigen risico. (...)”*
- 8.6. Voorts is in artikel 11.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat de behandeldatum bepalend is. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.

- 8.7. De artikelen 7, 8 en 11 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 1 en 3 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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. In artikel 18a Zvw is bepaald dat iedere verzekerde van achttien jaar of ouder een verplicht eigen risico van € 155,-- heeft per kalenderjaar. In artikel 19 e.v. Zvw is onder meer bepaald dat de ziektekostenverzekeraar varianten van de zorgverzekering kan aanbieden met een vrijwillig eigen risico, waartegenover hij een korting op de grondslag van de premie verleent. In de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv is bepaald welke kosten van zorg buiten het verplicht eigen risico vallen. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Ingevolge de polisvoorwaarden is verzoekster voor het jaar 2009 een bedrag van maximaal € 155,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd. Daarnaast heeft verzoekster voor het jaar 2009 een vrijwillig eigen risico gekozen van € 500,--. Verzoekster had over het jaar 2009 dus in totaal een eigen risico van maximaal € 655,--.
- 9.2. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcombinatie (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 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. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren. In de situatie van verzoekster is de onderhavige DBC geopend op 4 oktober 2009 in aansluiting op de DBC die betrekking had op de periode van 4 oktober 2008 tot en met 3 oktober 2009. In de artikelen 7.10, 8.7 en 11.2 van de zorgverzekering is bepaald dat wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, het moment van aanvang van de behandeling bepalend is voor het toepassen van zowel het verplicht als het vrijwillige eigen risico. Nu de onderhavige DBC op 4 oktober 2009 is geopend, is de volledige DBC terecht ten laste van het verplichte en vrijwillige eigen risico 2009 gebracht.
- 9.3. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat het eigen risico 2009 reeds verbruikt was door de opname begin 2009, geldt het volgende. De kosten van deze opname ware reeds begrepen in de DBC over de periode van 4 oktober 2008 tot en met 3 oktober 2009. Deze opname is, met het oog op de openingsdatum van deze DBC, dus niet ten laste van het eigen risico 2009 gebracht.

- 9.4. De commissie is van oordeel dat de vermelding van de zorgvorm, met de datum waarop deze zorg is verleend, voor een verzekerde voldoende is om te controleren of de juiste zorg is gedeclareerd. Ter zake van de destijds geldende no-claimteruggave is door het College Bescherming Persoonsgegevens geoordeeld dat een registratie die verder gaat dan een vermelding van de zorgvorm strijdig is met de vigerende privacywetgeving. Niet valt in te zien waarom dit anders zou zijn met betrekking tot het eigen risico. Van de ziektekostenverzekeraar kan dan ook niet worden verlangd dat hij meer dan de zorgvorm vermeldt.
- 9.5. Verzoekster heeft gesteld dat zij van de ziektekostenverzekeraar geen informatie over de DBC-systematiek heeft ontvangen. Desgevraagd heeft verzoekster ter zitting verklaard dat de polisvoorwaarden 2009 inzake de vergoedingen haar wel hebben bereikt. De commissie is gebleken dat de algemene voorwaarden en de voorwaarden inzake de vergoedingen in één brochure zijn opgenomen. Uit de algemene voorwaarden blijkt dat bepaalde vormen van zorg door middel van een DBC worden gedeclareerd, dat een eigen risico van toepassing is, en dat het moment van aanvang van de behandeling – de openingsdatum van de DBC – bepalend is voor het toepassen van het (verplicht en vrijwillig) eigen risico. Verzoekster had hier kennis van kunnen nemen. Dat zij zulks heeft nagelaten kan de ziektekostenverzekeraar niet worden toegeworpen.

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, 25 mei 2011,

Voorzitter