



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E, te F, in deze vertegenwoordigd door G te H
Zaak : Verplicht en vrijwillig eigen risico, looptijd DBC, informatieverstrekking
Zaaknummer : 201303116
Zittingsdatum : 17 september 2014



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 19, 20 en 21 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen



1) C te D, en

2) E, te F, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door G te H.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen Royaal en T Extra zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken. Voornoemde 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 brief van 6 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker een bedrag van € 821,66 gevorderd met betrekking tot het verplicht en vrijwillig eigen risico voor 2013.



3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 november 2013 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 e-mailbericht van 22 april 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte het bedrag van € 821,66 van hem vordert (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 3 juli 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 juli 2014 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 juli 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 september 2014 telefonisch gehoord.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker is op verwijzing van de huisarts op 24 oktober 2012 op consult geweest op de polikliniek chirurgie van het ziekenhuis. Op dat moment is een DBC geopend. Op 18 december 2012 is hij geopereerd. In vervolg hierop is verzoeker op 8 februari 2013 op controle geweest in het ziekenhuis. Vervolgens is, nadat was gebleken dat de operatieve ingreep onvoldoende resultaat had gehad, op 15 maart 2013 bij verzoeker een botuline-injectie toegediend. Achteraf is gebleken dat het ziekenhuis de op 24 oktober 2012 geopende DBC op 3 februari 2013 heeft gesloten, en op 4 februari 2013 een vervolg-DBC heeft geopend. Hierdoor is verzoeker voor dezelfde zorgvraag zowel in 2012 als in 2013 het verplicht en vrijwillig eigen risico verschuldigd.

 4.2. Verzoeker heeft een en ander nagevraagd bij het betreffende ziekenhuis. Door het ziekenhuis is toegelicht dat de betreffende kosten volgens de geldende regels zijn gedeclareerd.

 4.3. Verzoeker stelt thans dat hij door de ziektekostenverzekeraar verkeerd is voorgelicht over de DBC/DOT-systematiek. In de polisvoorwaarden is namelijk vermeld dat een DBC-traject begint op het moment dat de patiënt zich meldt met zijn zorgvraag en dat het wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen. Het moment van aanvang van de behandeling is zowel voor het verplicht als voor het vrijwillig eigen risico bepalend voor de toerekening aan een kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft noch in de polisvoorwaarden noch op zijn website vermeld dat een DBC ingeval van een lopende behandeling binnen 365 dagen kan worden gesloten en dat alsdan een vervolg-DBC kan worden geopend. Doordat de ziektekostenverzekeraar onvolledig is geweest in zijn informatievoorziening, was verzoeker niet op de hoogte van de financiële gevolgen die zijn keuze voor een vervolgbehandeling zou hebben, en heeft hij deze keuze dus niet weloverwogen kunnen maken.

 4.4. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende informatie heeft verstrekt over de DBC-systematiek.

 4.5. 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 twee nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De eerste nota betreft de operatie die verzoeker heeft ondergaan. Dit behandeltraject is door het ziekenhuis 42 dagen na de operatie gesloten. Vervolgens is door het ziekenhuis een nieuw behandeltraject opgestart. Dit betreft de tweede DBC-nota, die ziet op een controle-afspraken en een injectie. De door het ziekenhuis ingediende declaraties zijn opgesteld conform de geldende regels van de Nederlandse Zorgautoriteit.

 5.2. Op de website van de ziektekostenverzekeraar kan via de link 'vraag en antwoord' meer informatie worden gevonden over de inhouding van het eigen risico bij DBC-nota's.

 5.3. De behandelend medisch specialist bepaalt wanneer een behandeling wordt afgesloten. Indien nadien een vervolgbehandeling noodzakelijk blijkt te zijn, wordt voor deze behandeling door het ziekenhuis een nieuwe DBC geopend en het daarbij behorende tarief vastgesteld. Indien

verzoeker het niet eens is met de gefactureerde nota's, zal hij zich tot het ziekenhuis moeten wenden.

5.4. Ten aanzien van de door het ziekenhuis gehanteerde termijn van 42 dagen merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in artikel 12 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van zorg uit de Zorgverzekeringswet, en dat de inhoud en omvang van deze zorg staat beschreven in de Zvw, het Bzv en de Rzv. Een onderdeel van de eerder beschreven regels is dat er gedeclareerd moet worden conform de geldende wettelijke regels.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de polisvoorwaarden alleen generieke informatie kan worden gegeven over de DBC-systematiek. In het specifieke geval kan sprake zijn van een vervolg-DBC. Het zou te ver gaan dit in de polsvoorwaarden uit te schrijven.

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 16 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 € 821,66 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico voor 2013 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 1 van de 'vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis

Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

(...)"

8.4. In artikel 1 van de algemene voorwaarden 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) zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-Zorgproducten. Dit traject heet DOT (Dbc's Op weg naar Transparantie). Een DBC-Zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg binnen de medisch specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen."

- 8.5. Artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

7.2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.

(...)

7.5 De kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 8.

(...)

7.10 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 het verplicht eigen risico.

7.11 Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het verplichte eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen."

- 8.6. Artikel 8 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en 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. De basisverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website.

8.2 Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.

(...)"

- 8.7. In artikel 12 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"(...)

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

(...)"

- 8.8. De artikelen 1, 7, 8 en 12 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 1 van de 'vergoedingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden

van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.9. 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 en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.
- 8.10. 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. Verzoeker was ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2013 een bedrag van maximaal € 350,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoeker voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-- gekozen. Tussen partijen is niet in geschil dat dit (verplicht en vrijwillig) eigen risico tot het moment waarop de onderhavige kosten ten laste hiervan werden gebracht nog volledig open stond. Evenmin is in geschil dat door het ziekenhuis de juiste tarieven op de juiste wijze zijn gedeclareerd. Voorts staat vast dat de onderhavige kosten vallen onder de zorgvormen waarop het eigen risico van toepassing is.
- 9.2. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of de ziektekostenverzekeraar verwijtbaar tekort is geschoten in zijn informatieverstrekking met betrekking tot de DBC-systematiek.
- 9.3. De commissie overweegt dat in artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering het begrip DBC is gedefinieerd. In de definitie staat onder meer vermeld dat een DBC-Zorgproduct een declarabele prestatie is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg binnen de medisch specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Er wordt dus uitgegaan van declarabele prestaties. In de Regeling medisch specialistische zorg (NR/CU-240) van de Nederlandse Zorgautoriteit is in artikel 9 bepaald dat na een klinische opname de DBC op de 42e dag na de ontslagdatum wordt gesloten, alsmede dat na een operatieve ingreep - in dagverpleging of poliklinisch - de DBC wordt gesloten op de 42e dag na de operatie. De declarabele prestatie eindigt dus op de 42e dag na het ontslag dan wel de ingreep. Indien daarna nog een controle moet worden uitgevoerd, of - zoals in het geval van verzoeker - nog een behandeling moet plaatsvinden, wordt een nieuwe DBC geopend.
Bovendien is in artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering vermeld dat het DBC-traject wordt afgesloten "aan het eind van de behandeling dan wel na 365." De aannahme van verzoeker dat een DBC-traject per definitie 365 dagen duurt kan derhalve niet uit de polisvoorwaarden worden afgeleid. Immers, de mogelijkheid van een korter durend DBC-traject is hierin expliciet genoemd.
- 9.4. Gezien het bovenstaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker niet verkeerd heeft voorgelicht. Het kan in redelijkheid niet van de ziektekostenverzekeraar worden verwacht dat hij alle wettelijke regelingen ten aanzien van het in rekening brengen van zorgkosten in zijn polisvoorwaarden en op zijn website vermeld.



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, 1 oktober 2014,



Voorzitter

