



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten
Zaak : Verplicht en vrijwillig eigen risico, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201601676
Zittingsdatum : 22 maart 2017



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 19, 20, 21 en 23 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen



ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Bij brief van 25 april 2016 heeft de zorgverzekeraar bij verzoekster een bedrag van € 470,90 in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 in verband met door verzoekster genoten medisch specialistische zorg.



3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.



3.4. Bij e-mailbericht van 21 november 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de bij haar in rekening gebrachte kosten (€ 470,90) ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 te corrigeren (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 zorgverzekeraar 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. 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.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 januari 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 1 en 7 maart 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij in het verleden vanwege een moeilijke financiële situatie naast het verplicht eigen risico heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,--. Halverwege 2015 ontving verzoekster echter een nota van € 576,84. Omdat verzoekster erg was geschrokken van deze nota, heeft zij een in november 2015 in het ziekenhuis geplande afspraak verzet naar begin januari en met ingang van 1 januari 2016 haar vrijwillig eigen risico aangepast. De schrik was dan ook enorm toen verzoekster in 2016 een nota van € 470,90 ontving ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015.
- 4.2. Verzoekster meent dat de betreffende nota niet juist kan zijn, aangezien zij in 2015 geen consult bij de OSAS-verpleegkundige en de longarts heeft gehad. Daar komt bij dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten die zijn gemaakt in 2016 ten laste van het verplicht eigen risico van dat jaar te brengen en niet ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico van 2015. Voor zover de stellingen van de zorgverzekeraar juist zijn, merkt verzoekster op dat zij zowel over de DBC/DOT-systematiek als over de wijziging van het eigen risico nimmer is geïnformeerd.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Elke verzekerde in Nederland heeft een wettelijk verplicht eigen risico. In 2015 bedroeg dit € 375,--. Verzoekster heeft daarnaast een vrijwillig eigen risico van € 500,-- gekozen. Dit betekent dat de eerste € 875,-- aan zorgkosten, die ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, voor haar rekening blijft.
- 5.2. Het ziekenhuis heeft de kosten van de controles door de OSAS-verpleegkundige en de longarts gedeclareerd door middel van een DBC zorgproduct. Dit is een vorm van declareren die door de overheid is voorgeschreven. De DBC wordt pas aan het eind van de behandeling gesloten en gedeclareerd, dan wel binnen 365 of 120 dagen. De DBC's zijn gebaseerd op een gemiddelde van de geleverde zorg en de gemiddelde kosten die voor een bepaalde behandeling worden gemaakt. Niet iedere scan, consult of verpleegdag wordt dus apart in rekening gebracht. In sommige gevallen is de rekening lager dan de werkelijk gemaakte kosten en in andere gevallen hoger.
- 5.3. In het onderhavige geval heeft het St. Jans Gasthuis in het verleden verschillende DBC's geopend. De initiële DBC had een looptijd van 365 dagen, te weten van 16 juli 2014 tot en met 15 juli 2015 en had als omschrijving "beademing middels CPAP/BIPAP bij een slaapstoornis". Aansluitend is één 'lege' vervolg-DBC van 120 dagen geopend. Deze laatste DBC is gesloten op 12 november 2015. Aangezien verzoekster binnen 120 dagen na het sluiten van deze 'lege' DBC, namelijk op 5 januari 2016, opnieuw de OSAS-verpleegkundige en de longarts heeft bezocht, heeft het ziekenhuis een vervolg-DBC geopend. Deze vervolg-DBC heeft een looptijd van 120 dagen en is gesloten op 12 maart 2016. Alle kosten die in deze periode zijn gemaakt vallen onder de vervolg-DBC, waarbij de begindatum is de dag volgende op die waarop de eerder genoemde 'lege' DBC is gesloten, derhalve 13 november 2015. De begindatum van de vervolg-DBC is bepalend voor het antwoord op de vraag ten laste van welk jaar de kosten komen. In dit geval zijn de kosten van de vervolg-DBC (€ 470,90) dan ook verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoekster.

Indien verzoekster ná 12 maart 2016 een afspraak had gemaakt met haar longarts, waren de kosten verrekend met het eigen risico 2016.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van 'Deel A' 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 zorgverzekeraar gehouden is het bij verzoekster in rekening gebrachte bedrag van € 470,90 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 te corrigeren.

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 1 e.v. van 'Deel B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 6 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 6 Medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch-specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts (...)

Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. ONVZ vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen."

8.4. Artikel 2 van 'Deel B' van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 2 Eigen risico

Lid 1

Voor de Basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 375,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering.

Lid 2

*ONVZ brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico.
(...)*

Lid 8

Voor de verrekening van het eigen risico wordt een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie Basis GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin de DBC, het DBC-zorgproduct of de prestatie Basis GGZ wordt geopend."

- 8.5. Artikel 2 van 'Deel A' van de zorgverzekering regelt ten algemene:

"lid 4

U heeft – met inachtneming van deze polisvoorwaarden – recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de Basisverzekering. De behandel- of leveringsdatum is bepalend, dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie Basis GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum daarvan binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt. Als de zorg of dienst in twee opeenvolgende kalenderjaren is genoten en in één ongespecificeerd bedrag in rekening wordt gebracht, zoals bij een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie Basis GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de zorg of dienst binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt."

- 8.6. In de algemene bepalingen van 'Deel A' van de zorgverzekering worden de begrippen DBC en DBC-zorgproduct uitgelegd en de betreffende begripsomschrijvingen luiden, voor zover hier van belang:

"DBC

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omvat het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners in een bepaalde periode voor een specifieke zorgvraag, uitgedrukt in een code.

DBC-zorgproduct

De aanduiding voor de DBC in de medisch-specialistische zorg."

- 8.7. De artikelen 2 en 6 van 'Deel B' en de algemene bepalingen en artikel 2 van 'Deel A' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van 'Deel B' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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 opgenomen in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. Bzv. In artikel 23 Zvw is bepaald dat de 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.
- 8.9. 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 zorgverzekeraar 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 declaratie. Aangezien het ziekenhuis rechtstreeks bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling hiervan te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor haar rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is derhalve of de zorgverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Waar het gaat om nota's ter zake van medisch specialistische zorg, geldt dat in Nederland behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling worden voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (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 had aanvankelijk een maximale looptijd van 365 dagen. Later is dit teruggebracht tot maximaal 120 dagen, maar een DBC kan ook een looptijd hebben van 42 of 90 dagen, afhankelijk van de toepasselijke regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa). Indien sprake is van een doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren. Voorts is met ingang van 1 januari 2012 de DBC vervangen door DOT (DBC's Op weg naar Transparantie).
- 9.3. Het verplicht en vrijwillig eigen risico bestaat, conform de voorwaarden van de zorgverzekering, uit de bedragen aan kosten van zorg of overige diensten die per kalenderjaar voor rekening van de verzekerde blijven. De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Echter, indien de zorg of dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten, wordt gedeclareerd met één DOT, dan wordt het eigen risico toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DOT is geopend. Aldus volgt uit artikel 23 Zvw en artikel 2 lid 8 van 'Deel B' van de zorgverzekering.
- 9.4. Vast staat dat het ziekenhuis op 16 juli 2014 een eerste DBC heeft geopend met als omschrijving "beademing middels CPAP/BIPAP bij een slaapstoornis". Deze DBC is na 365 dagen, conform de destijds hiervoor geldende regels van de NZa, op 15 juli 2015 gesloten. Indien verdere behandeling noodzakelijk is, kunnen ('lege') vervolg-DBC's worden geopend. Ingevolge artikel 9 van de Regeling medisch specialistische zorg (NR/CU-249) van de NZa opent het ziekenhuis in een dergelijke situatie een vervolgtraject dat ingaat één dag na de sluitingsdatum van het voorgaande traject. Voorts was aanvankelijk bepaald dat vervolg-DBC's een maximale looptijd hebben van 365 dagen. Later is dit teruggebracht naar 120 dagen. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 21 juni 2016 blijkt dat aansluitend op de initiële DBC één ('lege') vervolg-DBC van 120 dagen is geopend. Deze DBC is geopend op 16 juli 2015 en gesloten op 12 november 2015. Aangezien tussen partijen niet in geschil is dat verzoekster op 5 januari 2016 opnieuw bij de OSAS-verpleegkundige en de longarts is geweest voor dezelfde zorgvraag, stond het het ziekenhuis vrij op 13 november 2015 een vervolg-DBC van 120 dagen te openen. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat een en ander voor de zorgverzekeraar geen aanleiding hoefde te geven de declaraties van het ziekenhuis te weigeren dan wel aan te dringen op correctie.
- 9.5. Rest de vraag of de zorgverzekeraar de vervolg-DBC met openingsdatum 13 november 2015 mocht verrekenen met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoekster. Met betrekking hiertoe geldt dat uit eerdergenoemd artikel 2 lid 8 van 'Deel B' van de zorgverzekering volgt dat voor het antwoord op de vraag ten laste van welk kalenderjaar de kosten komen, de openingsdatum van de DBC bepalend is. In dit geval is de openingsdatum 13 november 2015, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico van dat jaar. Ingevolge artikel 2 lid 1 van 'Deel B' van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is verzoekster in 2015 maximaal € 375,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoekster in 2015 gekozen voor



een vrijwillig eigen risico van € 500,-- Tussen partijen is niet in geschil dat zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico 2015 tot het moment waarop de onderhavige kosten werden gemaakt nog gedeeltelijk open stond. Voorts staat vast dat deze kosten niet zijn uitgesloten van het eigen risico. De zorgverzekeraar heeft derhalve terecht de kosten van de onderhavige DBC ten bedrage van totaal € 470,90 met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoekster verrekend.



De stelling van verzoekster dat een en ander haar niet kan worden tegengeworpen, treft geen doel. Het (verplicht) eigen risico is een feit van algemene bekendheid en naar moet worden aangenomen heeft verzoekster de keuze voor het hoogste vrijwillig eigen risico bewust gemaakt. Aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden had zij op de hoogte kunnen zijn van de DBC-systematiek en van het feit dat de op basis van deze systematiek gedeclareerde kosten van medisch specialistische zorg meetellen voor het eigen risico.



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, 22 maart 2017,



A.I.M. van Mierlo