



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. en De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden
Zaak : Geneeskundige zorg, verplicht eigen risico, vrijwillig eigen risico, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201403343
Zittingsdatum : 10 februari 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk, en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester,)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden, 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 Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen AV Standaard en AV Tand Extra zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 september 2014 een bedrag van € 640,10 bij verzoekster in rekening gebracht in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 december 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 e-mailbericht van 20 oktober 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 640,10 niet bij haar in rekening had mogen 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 6 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 januari 2016 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 januari 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 januari 2016 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft van de ziektekostenverzekeraar een nota ontvangen voor het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013. De betreffende kosten hebben volgens de ziektekostenverzekeraar betrekking op een ziekenhuisnota ter zake van zorg verleend door een KNO-arts. Verzoekster is van mening dat deze nota niet juist is, omdat zij in 2013 geen medisch specialistische zorg heeft genoten.

4.2. Verzoekster is tot begin 2012 door een KNO-arts behandeld voor duizeligheidsproblemen. Na enkele consulten en een opgetreden verbetering is de behandeling beëindigd door de KNO-arts. In januari en februari 2014 is verzoekster opnieuw door de KNO-arts behandeld in verband met duizeligheidsproblemen. Er heeft voor 2014 geen verwijzing plaatsgevonden. Verzoekster heeft begin 2014 telefonisch contact opgenomen met het ziekenhuis, en kon binnen enkele dagen op consult komen.

4.3. Verzoekster begrijpt de uitleg van de ziektekostenverzekeraar, dat de in 2012 aangevangen behandeling nog niet was afgerond en dat daarom opnieuw een cyclus van een jaar volgt, niet. Zij verkeerde in de veronderstelling dat de behandeling in 2012 wel degelijk was beëindigd.

4.4. In de brief van 24 april 2015 stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster op 20 december 2011 is geopereerd. Dit is echter niet correct. Op 20 december 2011 heeft een dagopname plaatsgevonden op de duizeligheidspoli. Voorts wordt in deze brief gesuggereerd dat sprake zou zijn van een jaarlijkse controle, maar dit is evenmin juist.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft medisch specialistische zorg genoten. De kosten hiervan zijn door het ziekenhuis rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar door middel van een DBC. In artikel 3 van de zorgverzekering is bepaald dat het eigen risico wordt toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend. De betreffende DBC is geopend in 2013 en daarom komen deze kosten ten laste van het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2013.

5.2. In de heroverweging van 19 december 2015 schrijft de ziektekostenverzekeraar dat uit de declaratiegeschiedenis blijkt dat verzoekster sinds januari 2012 onder behandeling is in het ziekenhuis in verband met evenwichtsstoornissen. Ziekenhuizen declareren door middel van een DBC-zorgproduct. Dit is het totale traject vanaf de diagnose van de medisch specialist tot en met de (eventuele) ziekenhuisbehandeling die hieruit volgt. Een DBC-zorgproduct heeft een maximale duur van één jaar. Op 26 januari 2012 is het eerste DBC-zorgproduct gedeclareerd in verband met de behandeling van evenwichtsstoornissen. Deze is conform de regelgeving na 90 dagen (op 24 april 2012) gesloten. Aangezien de behandeling nog niet was afgerond, is aansluitend een nieuw DBC-zorgproduct geopend op 25 april 2012, en dit is op 24 april 2013 gesloten. Op 25 april 2013 is een vervolg-DBC geopend, die op 24 april 2014 is gesloten. Zolang de behandeling/controles nog niet zijn voltooid, en de verzekerde zich binnen de periode van de lopende DBC tot het ziekenhuis wendt, zal deze cyclus zich herhalen. Het ziekenhuis is hierbij gebonden aan de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de NZa). Uit navraag bij het ziekenhuis is gebleken dat verzoekster in januari, februari en maart 2014 in het ziekenhuis is onderzocht/behandeld. Dit is binnen de looptijd van de laatstgenoemde DBC. Het ziekenhuis heeft derhalve conform de geldende regels gedeclareerd.

- 5.3. In de brief van 19 februari 2015, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, schrijft de ziektekostenverzekeraar dat opnieuw contact is opgenomen met het ziekenhuis en dat hem daarbij het volgende is gebleken. Verzoekster is op 14 september 2011 op consult geweest bij de KNO-arts. Deze heeft haar doorverwezen naar de neuroloog. Aangezien het traject bij de KNO-arts op 14 september 2011 vooralsnog was afgerond, is op 14 september 2011 een DBC-zorgproduct geopend en dezelfde dag gesloten. Voor de behandeling door de neuroloog is een aparte DBC geopend. Vanaf 1 januari 2012 is nieuwe regelgeving van kracht ter zake van de DBC-zorgproducten. Alle volgende DBC-zorgproducten zijn conform deze regels geopend en gesloten. Op 26 januari 2012 had verzoekster een afspraak bij de KNO-arts. Daarom is op die datum een nieuwe DBC-zorgproduct geopend, en dit is gesloten op 24 april 2012. Aangezien de behandeling bij de KNO-arts nog niet was afgerond, is aansluitend een DBC-zorgproduct geopend op 25 april 2012, en dit is op 24 april 2013 gesloten. Hierna is een vervolg-DBC geopend op 25 april 2013, met als sluitdatum 24 april 2014. Aangezien verzoekster op 17 januari 2014 op consult is geweest bij de KNO-arts, en dit consult binnen de looptijd van de laatste DBC valt, is deze terecht gedeclareerd.
- 5.4. In het e-mailbericht van 27 maart 2015, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, schrijft de ziektekostenverzekeraar dat de regelgeving ten aanzien van het openen en sluiten van DBC's in 2011 anders was dan vanaf 1 januari 2012. In 2011 werden geen aansluitende DBC-zorgproducten geopend wanneer een patiënt zich met dezelfde diagnose wederom wendde tot de behandelend medisch specialist. Daarom is in dit geval op 26 januari 2012 een nieuwe DBC geopend, in plaats van op 15 september 2011 een aansluitende.
- 5.5. In het e-mailbericht van 24 april 2015, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, schrijft de ziektekostenverzekeraar - daarnaar gevraagd - dat als gevolg van de nieuwe regelgeving in de overgangssituatie 2011/2012 de voor 2011 geldende afsluitregels vaak onjuist zijn toegepast waardoor DBC's te vroeg zijn gesloten. Het klopt dat jaarlijks een vervolg-DBC wordt geopend. De ziektekostenverzekeraar is het met de Ombudsman Zorgverzekeringen eens dat er vraagtekens kunnen worden gezet bij het sluiten van de eerste DBC op 14 september 2011. Op 20 december 2011 is namelijk weer een DBC geopend met dezelfde diagnosecode en toen is verzoekster geopereerd. De ziektekostenverzekeraar schrijft voorts: *"Wellicht heeft verzekerde nog even nagedacht of zij geopereerd wilde worden, maar dan had de eerste DBC van 14-9-11 ook open kunnen blijven staan. Uit de DBC-registratie van het ziekenhuis blijkt dat er sprake is geweest van behandeling in de periode van 25-4-2012 t/m 24-4-2013. Als jaarlijks sprake is van controle dan is het gerechtvaardigd dat het ziekenhuis jaarlijks een vervolg DBC opent en klopt het ook dat er in 2013 een DBC is gestart."*
- 5.6. In het e-mailbericht van 6 augustus 2015, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, schrijft de ziektekostenverzekeraar dat hij nogmaals contact heeft opgenomen met het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft verklaard dat de huidige registratie inderdaad niet geheel juist is. Volgens het ziekenhuis had de registratie als volgt moeten plaatsvinden: *"De initiële DBC had geopend moeten worden op 14-09-2011. Deze DBC had gesloten moeten worden op 16-2-2012 omdat naar mening van de specialist het primaire behandeltraject en bijbehorende controles waren afgerond. Op 15-06-2012 komt patiënt toch terug voor dezelfde zorgvraag, waarvoor met terugwerkende kracht op 17-2-2012 (aansluitend aan het reguliere traject) een vervolg DBC geopend had moeten worden waar de polibezoeken van 15-06-2012, 11-7-2012 en 7-8-2012 [onder] vallen. Deze vervolg DBC blijft 365 dagen open staan en sluit daarmee op 16-2-2013. Aansluitend wordt wederom een vervolg DBC geopend op 17-2-2013 welke loopt tot 16-2-2014. Hierbinnen valt het bezoek in januari 2014."*

Het ziekenhuis heeft toegelicht dat aansluitend op de vervolg-DBC, die sluit op 16 februari 2013, een nieuwe vervolg-DBC is geopend. Het ziekenhuis baseert zich hiervoor op het volgende fragment uit de 'Algemene toelichting registratieregels V20121120': *"Echter als binnen 365-dagen na sluiten van het laatste subtraject er toch zorgactiviteiten worden uitgevoerd in het kader van de zorgvraag van het betreffende zorgtraject moet alsnog, en aansluitend aan het voorgaande subtraject, een vervolg subtraject worden geopend."*

De nieuwe verwijzing heeft plaatsgevonden binnen de 365 dagen na het sluiten van de laatste vervolg-DBC in het kader van dezelfde zorgvraag. Daarmee blijven de kosten van het bezoek van 2014 terecht onder de DBC vallen die in 2013 is geopend.

5.7. In de brief van 6 januari 2016 deelt de ziektekostenverzekeraar aan de commissie mede dat per abuis in de brief van 24 april 2015 is vermeld dat op 20 december 2011 sprake was van een operatie. Op de betreffende datum heeft echter een dagopname plaatsgevonden op de duizeligheidspoli.

5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 2.12 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 € 640,10 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico voor 2013 van verzoekster 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 in de artikelen 3.1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3.12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg algemeen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Inhoud zorg

*U heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. Een second opinion valt hier ook onder. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. U moet vervolgens met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, die de regie over de behandeling houdt.
(...)"*

8.4. Artikel 2.8 van de zorgverzekering regelt het verplicht en vrijwillig eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"a. Verplicht eigen risico

*Het verplichte eigen risico is het bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat verplicht voor uw rekening blijft. Voor verzekerden van 18 jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 350,- per kalenderjaar.
(...)*

b. Vrijwillig eigen risico

*Het vrijwillig eigen risico is het met u als verzekeringnemer overeengekomen bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat u naast het verplichte eigen risico voor uw eigen rekening neemt.
(...)*

d. Berekening vrijwillig en verplicht eigen risico

De Friesland brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte als het vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.

De volgende bepalingen gelden voor zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico:

(...)

- Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Wanneer in twee achtereenvolgende kalenderjaren zorg is genoten die door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening wordt gebracht, worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin met de zorg is begonnen. Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) dus toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

(...)"

- 8.5. De artikelen 2.8 en 3.12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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 eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.19 Bzv. Het vrijwillig eigen risico is geregeld in artikel 20 Zvw en nader uitgewerkt in artikel 2.18 Bzv.
- 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde 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.
- 9.2. Verzoekster is op 14 september 2011 voor het eerst bij de KNO-arts geweest. Het ziekenhuis heeft hiervoor een DBC geopend en dezelfde dag is deze DBC gesloten. Daarna is verzoekster op 20 december 2011 op de duizeligheidspoli geweest, waar zij - zo is af te leiden uit het overzicht van het ziekenhuis - is onderzocht door een neuroloog.
Vervolgens is verzoekster op 26 januari 2012 weer bij de KNO-arts geweest. Het ziekenhuis heeft hiervoor een DBC geopend voor polikliniekbezoeken bij duizeligheid door een stoornis in het evenwichtsorgaan. Deze DBC is na 90 dagen, dus op 24 april 2012, gesloten. Aansluitend is een vervolg-DBC geopend met de looptijd van 25 april 2012 tot en met 24 april 2013. Aansluitend is wederom een vervolg-DBC geopend. De looptijd van deze DBC is 25 april 2013 tot en met 24 april 2014.

- 9.3. Uit het overgelegde overzicht van het ziekenhuis blijkt dat verzoekster op 26 januari 2012 bij de KNO-arts is geweest, alsmede op 16 februari, 15 juni, 11 en 19 juli, en 7 en 16 augustus van dat jaar. Vervolgens is verzoekster eerst op 17 januari 2014 weer op consult geweest bij de KNO-arts. Het is derhalve correct dat verzoekster in het kalenderjaar 2013 niet is behandeld door de KNO-arts. Echter, gezien voornoemde data van de consulten en de DBC-systematiek, heeft het ziekenhuis terecht de aansluitende vervolg-DBC's geopend. Dit geldt derhalve ook voor de DBC met een looptijd van 25 april 2013 tot en met 24 april 2014.
- In artikel 2.8 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. In dit geval werd de vervolg-DBC geopend op 23 april 2013, en daarom is verzoekster met betrekking tot deze DBC het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar. De commissie merkt hierbij nog op dat het voor de verschuldigdheid van het eigen risico 2013 niet uitmaakt of de initiële DBC en de vervolg-DBC's conform de feitelijk door het ziekenhuis gedeclareerde periodes worden berekend of op grond van de fictieve periodes zoals vermeld onder 5.6. In beide gevallen leidt het consult op 17 januari 2014 er namelijk toe dat in 2013 door het ziekenhuis een vervolg-DBC mocht worden geopend, waarvan de kosten door de ziektekostenverzekeraar mogen worden verrekend met het eigen risico voor dat jaar.
- 9.4. Dat in 2014 geen sprake was van een nieuwe zorgvraag wordt bevestigd door de verklaring van verzoekster dat zij in 2014 zonder verwijzing opnieuw door de KNO-arts is behandeld. Indien geen sprake was van een vervolg-DBC, zou verzoekster - vanwege de nieuwe zorgvraag - een verwijzing van de huisarts nodig hebben gehad.

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, 10 februari 2016,

A.I.M. van Mierlo