



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Eigen risico, vervolg-DBC
Zaaknummer : 201601331
Zittingsdatum : 11 januari 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015 en 2016, artt. 19, 20, 21 en 23 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Tand Goed 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 om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij uitkeringsspecificatie van 26 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker een bedrag van € 170,36 gevorderd ter zake van het verplicht eigen risico 2015.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Hierbij heeft hij verzocht het bij hem in rekening gebrachte eigen risico 2015 ten bedrage van € 170,36 te laten vervallen. Bij e-mailbericht van 18 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft op 29 juni 2016 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 11 september 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van voornoemd bedrag van € 170,36 (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 11 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 november 2016 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 23 november en 2 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. 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.

 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 januari 2017 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Op 13 november 2015 is verzoeker op controle geweest bij zijn MDL-arts. Uit de uitkeringsspecificatie begrijpt verzoeker dat het ziekenhuis voor dit consult een nota ter hoogte van € 266,34 aan de ziektekostenverzekeraar heeft gezonden. Hiervan komt een bedrag van € 170,36 ten laste van het verplicht eigen risico van verzoeker. Verzoeker is van mening dat het gedeclareerde bedrag veel te hoog is. Indien de zorgaanbieder iedere keer voor kleine controlebezoeken enorme bedragen in rekening mag brengen, zal dit ertoe leiden dat zorg wordt gemeden met als gevolg hogere zorgkosten in de toekomst.

 4.2. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat het ziekenhuis een DBC declareert waarin meerdere zorgactiviteiten zijn opgenomen. Verzoeker meent dat deze vorm van declareren onjuist is. Hij wenst alleen te betalen voor de zorg die is geleverd en niet voor zorgactiviteiten die niet zijn uitgevoerd.

 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en is ter aanvulling aangevoerd dat is gedeclareerd op basis van DBC's die zijn vastgesteld door de NZa. Uit informatie die verzoeker van de NZa heeft ontvangen blijkt dat een DBC geldt voor een bepaald behandeltraject. Verzoeker betwist ten eerste dat bij hem sprake is van een behandeltraject aangezien de diagnose al jaren geleden is gesteld. De NZa schiet dan ook duidelijk tekort in het opzetten van een behoorlijke systematiek. Verzoeker zal dan ook met de NZa hierover in gesprek gaan.

 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Elke verzekerde in Nederland heeft een wettelijk verplicht eigen risico. In 2015 bedroeg dit € 375,--. Dit betekent dat de eerste € 375,-- aan zorgkosten, die ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, voor rekening van de verzekerde blijft.

 5.2. Het ziekenhuis heeft de kosten voor de behandeling en de nacontroles 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 VieCuri Medisch Centrum in het verleden verschillende DBC's geopend. De initiële DBC had een looptijd van 90 dagen, te weten van 16 januari 2013 tot en met 15 april 2013. Aansluitend zijn twee vervolg-DBC's van 365 dagen geopend en één 'lege' DBC van 120 dagen. Deze laatste DBC is gesloten op 13 augustus 2015. Aangezien verzoeker binnen 120 dagen na het sluiten van deze 'lege' DBC, namelijk op 13 november 2015, opnieuw de MDL-arts heeft bezocht, heeft het ziekenhuis een vervolg-DBC geopend. Deze vervolg-DBC heeft een looptijd van 120 dagen en is gesloten op 11 december 2015. Alle kosten, die in deze periode zijn gemaakt, vallen onder de begindatum van deze DBC, 14 augustus 2015. Om die reden zijn de kosten van de betreffende vervolg-DBC (€ 266,34) verrekend met het verplicht eigen risico 2015 van verzoeker.

- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

- 5.5. 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 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 terecht een bedrag van € 170,36 in verband met het verplicht eigen risico 2015 bij verzoeker in rekening heeft gebracht ter zake van de door hem genoten medisch specialistische zorg.

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 11 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)"

- 8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering heeft betrekking op het 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 € 375 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.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.

(...)

- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)'. Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);

- verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 13;

- verloskundige zorg en kraamzorg

(...).

- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg.

(...)

- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het leveren van drinkvoeding (dieetpreparaten), voor zover zij de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen leveren zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg;

- hulpmiddelen in bruikleen;

- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 21,

Transplantatie van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;

- vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 21, Transplantatie van weefsels en organen;

- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

(...)

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, 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 (bijvoorbeeld Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart."

- 8.5. De artikelen 7 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.1 en 2.3 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 en vrijwillig eigen risico is geregeld 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.
- 8.7. 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

- 9.1. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaraties. Aangezien het ziekenhuis rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft hij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor zijn rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is derhalve of de ziektekostenverzekeraar 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. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling 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.
- 9.3. Vast staat dat het ziekenhuis op 16 januari 2013 een eerste DBC heeft geopend. Deze DBC is na 90 dagen, conform de hiervoor geldende regels van de NZa, op 15 april 2013 gesloten. Indien na deze datum nog 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 ziektekostenverzekeraar van 11 november 2016 blijkt dat aansluitend op de initiële DBC twee vervolg-DBC's van 365 dagen en één ('lege') vervolg-DBC van 120 dagen zijn geopend. De eerste vervolg-DBC is geopend op 16 april 2013 en gesloten op 15 april 2014; de tweede is geopend op 16 april 2014 en gesloten op 15 april 2015. De derde ('lege') vervolg-DBC is geopend op 15 april 2015 en gesloten op 13 augustus 2015. Aangezien tussen partijen niet in geschil is dat verzoeker op 13 november 2015 opnieuw bij de MDL-arts is geweest voor dezelfde zorgvraag, stond het het ziekenhuis vrij op 14 augustus 2015 een vervolg-DBC van 120 dagen te openen. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat een en ander voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding hoefde te geven de declaraties van het ziekenhuis te weigeren dan wel aan te dringen op correctie. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd met betrekking tot de duur van de behandeling, maakt het voorgaande niet anders.
- 9.4. Rest de vraag of de ziektekostenverzekeraar de vervolg-DBC met de openingsdatum van 14 augustus 2015 mocht verrekenen met het verplicht eigen risico 2015 van verzoeker. Met betrekking hiertoe geldt dat uit artikel 7.5 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 14 augustus 2015, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het verplicht eigen risico voor dat jaar. Ingevolge het bepaalde in de voorwaarden van de zorgverzekering is verzoeker in 2015 een bedrag van € 375,- 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 op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog niet volledig was "volgemaakt". Voorts zijn de onderhavige kosten niet uitgesloten van het (verplicht) eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht het bedrag van € 170,36 ten laste van het verplicht eigen risico 2015 van verzoeker gebracht.

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, 18 januari 2017,




H.A.J. Kroon