



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Eigen risico, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201602287
Zittingsdatum : 8 februari 2017



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2015-2016, artt. 11, 19, 20, 21 en 23 Zvw, 2.1, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen



IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna 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 IZA GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Classic Comfort 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 brief van 4 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster een bedrag van € 244,66 in rekening gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2015.
- 
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 juli 2016 een bedrag van € 385,-- bij verzoekster in rekening gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2016.
- 
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 3.2 vermelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 14 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.4. Bij klachtenformulier van 10 oktober 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van het bedrag van € 385,-- ter zake van het verplicht eigen risico 2016 (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 14 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 december 2016 aan verzoekster gezonden.
- 
-
- 
-
- 
-
- 
-
- 
-
- 
-
- 
-

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 januari 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 januari 2017 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

 3.8. 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.

 3.9. 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.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster heeft in december 2015 het Haga Ziekenhuis bezocht in verband met een botbreuk. Het eerste ziekenhuisbezoek vond plaats op 30 december 2015. In januari 2016 zijn een MRI en foto's gemaakt. De kosten hiervan zijn door het ziekenhuis door middel van een DBC bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten vergoed en vervolgens bij verzoekster een bedrag van € 244,66 in rekening gebracht in verband met het destijds nog openstaande verplicht eigen risico 2015.

Om de mogelijke oorzaak van de botbreuk te kunnen vaststellen, is in het ziekenhuis in maart 2016 bij verzoekster een onderzoek naar osteoporose uitgevoerd. Het ziekenhuis heeft de kosten van voornoemd onderzoek door middel van een nieuwe DBC bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende kosten vergoed en bij verzoekster een bedrag van € 385,-- in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico 2016.

 4.2. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van het onderzoek naar osteoporose ten onrechte heeft verrekend met het verplicht eigen risico 2016. Voor het onderzoek naar osteoporose had geen nieuwe DBC mogen worden geopend door het ziekenhuis, omdat het onderzoek namelijk deel uitmaakt van de eerste DBC die is geopend in december 2015. Verzoekster verwijst naar het specialistenbericht van de arts van het ziekenhuis aan de huisarts van 10 maart 2016, waaruit duidelijk de samenhang tussen de botbreuk en het onderzoek naar osteoporose blijkt. Voorts is de sluitingstermijn van de in december 2015 geopende DBC van 120 dagen niet overschreden, zodat het openen van een nieuwe DBC niet aan de orde was.

 4.3. Verzoekster merkt op dat zij op 21 september 2016 hierover een klacht heeft ingediend bij de klachtencommissie van het ziekenhuis. Op 13 oktober 2016 heeft het ziekenhuis schriftelijk gereageerd. Omdat de kwestie voornamelijk ziet op een rekening, is een patiëntencontactpersoon van het ziekenhuis ingeschakeld. Inmiddels heeft contact plaatsgevonden tussen verzoekster en een medewerkster van de afdeling orthopedie. Haar is toegezegd dat wordt uitgezocht of door het ziekenhuis een fout is gemaakt bij het indienen van de declaratie(s).

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Het Haga Ziekenhuis heeft bij de ziektekostenverzekeraar twee DBC's gedeclareerd. De ingangsdatum van de eerste DBC is 30 december 2015 en betreft zorgproductcode 199299012. De ingangsdatum van de tweede DBC is 2 maart 2016 en betreft zorgproductcode 131999067. Bij verzoekster is het eigen risico 2015 en 2016 in rekening gebracht. Naar aanleiding van de klacht

van verzoekster hierover, heeft de ziektekostenverzekeraar op 1 september 2016 contact gehad met een medewerkster van de financiële administratie van het ziekenhuis. Hieruit is naar voren gekomen dat twee aparte DBC's zijn geopend, omdat verzoekster twee afdelingen heeft bezocht. Voor de botbreuk is zij op de afdeling Interne Geneeskunde geweest. Vervolgens heeft het onderzoek naar osteoporose plaatsgevonden en dit staat los van de behandeling van de botbreuk. Verzoekster heeft verschillende behandelingen ondergaan die niet onder één DBC vallen. Het ziekenhuis heeft dan ook correct gehandeld door twee aparte DBC's te openen en vervolgens twee declaraties bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen. De ziektekostenverzekeraar heeft het eigen risico 2015 én 2016 terecht bij verzoekster in rekening gebracht.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar licht toe een controlerende functie te hebben met betrekking tot de declaraties die door gecontracteerde zorgaanbieders worden ingediend. Deze controles geschieden stelselmatig en steekproefsgewijs. Het is, gelet op de omvang van het aantal ontvangen declaraties, niet mogelijk iedere individuele declaratie te controleren. Na het contact met het ziekenhuis is geconcludeerd dat de declaraties met bijbehorende DBC's correct zijn. Het is niet de rol van de ziektekostenverzekeraar om namens zijn verzekerden een klacht in te dienen bij de zorgaanbieder over een individuele declaratie.

Als verzoekster van mening is dat het ziekenhuis niet correct heeft gedeclareerd, dient zij contact op te nemen met de klachtencommissie van het ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar kan de nota ter zake van het eigen risico 2016 alleen aanpassen indien het ziekenhuis hem een creditnota stuurt. Een dergelijke nota werd tot op heden niet ontvangen.

- 5.3. 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 € 385,-- bij verzoekster in rekening heeft gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2016.

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 11 tot en met 37 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 vergoeding van de kosten van 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 regelt het verplicht 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 € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...)

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, (...)

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. In hoofdstuk III. 'Begripsomschrijvingen' van de zorgverzekering is het begrip DBC als volgt gedefinieerd.

"Diagnose Behandeling Combinatie:

een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ."

- 8.6. De artikelen 7 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel bZvw 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.

De aanspraak op medisch specialistische zorg is geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 21 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18. 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.

- 8.8. 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. Aan de orde is de vraag of de ziektekostenverzekeraar de door het ziekenhuis door middel van de tweede, op 2 maart 2016 geopende, DBC gedeclareerde kosten ten bedrage van € 745,19 terecht heeft vergoed, en of hij in verband hiermee terecht een bedrag van € 385,-- bij verzoekster in rekening heeft gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2016. Hiertoe 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. Indien sprake is van een doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.
- 9.3. Verzoekster is op 30 december 2015 in het ziekenhuis geweest in verband met een botbreuk. Op die datum is door het ziekenhuis een DBC geopend. De kosten van de in januari 2016 gemaakte MRI-scan en foto's zijn door het ziekenhuis onder deze DBC gebracht en gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft voornoemde kosten vergoed en tot een bedrag van € 244,56 verrekend met het verplicht eigen risico 2015 van verzoekster. Op 2 maart 2016 heeft in het ziekenhuis bij verzoekster een onderzoek naar osteoporose plaatsgevonden, en hiervoor is door het ziekenhuis een nieuwe DBC geopend. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende kosten tot een bedrag van € 385,-- verrekend met het verplicht eigen risico 2016 van verzoekster.
- 9.4. 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 verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling 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 ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- De commissie stelt vast dat de op 2 maart 2016 geopende DBC met zorgproductcode 131999067 in verband met het op die datum bij verzoekster uitgevoerde osteoporose onderzoek geen vervolg-DBC betreft. De betreffende DBC-zorgproductcode is namelijk niet exclusief verbonden aan het specialisme van de eerdere behandeling van de botbreuk. Er kan dan ook niet worden gesproken van dezelfde zorgvraag en het ziekenhuis heeft op 2 maart 2016 terecht een nieuwe DBC geopend. Uit artikel 7.5 van de zorgverzekering volgt dat voor de berekening van het eigen risico de kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het jaar waarin de zorg is genoten. Kosten van geneeskundige zorg worden gedeclareerd door middel van DBC's. De ingangsdatum van de DBC is leidend. In dit geval is de ingangsdatum van de tweede DBC 2 maart 2016, zodat de kosten zijn verrekend met het eigen risico 2016.
- 9.5. Ingevolge artikel 7.1 van de zorgverzekering is verzoekster in 2016 maximaal € 385,-- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor de zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Tussen partijen is niet in geschil dat het verplicht eigen risico 2016 op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog volledig open stond. Voorts geldt dat

 de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling. De zorgverzekeraar heeft derhalve terecht de door middel van een DBC-code gedeclareerde kosten van medisch specialistische zorg ten laste van het verplicht eigen risico 2016 van verzoekster gebracht.

-  9.6. De commissie merkt nog op dat de ziektekostenverzekeraar een controlerende functie heeft ten aanzien van de bij hem ingediende declaraties. Uit de stukken maakt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar voldoende inspanningen heeft verricht om de door het ziekenhuis gedeclareerde kosten te controleren.

 Conclusie

-  9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

-  10. Het bindend advies

-  10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 8 februari 2017,

 A.I.M. van Mierlo