



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Eigen risico, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201601231
Zittingsdatum : 23 november 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 19, 20, 21, 22 en 23 Zvw, 2.1, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk 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 de verzekering Basis Zeker (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 Compactpolis 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 eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tand Compact is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 371,69 bij verzoeker in rekening gebracht in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoeker heeft zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hem bij brief van 22 juni 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 28 juni 2016, verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van genoemd bedrag van € 371,69 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 (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 30 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 september 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 september 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 9 september 2016, gereageerd op het onder 3.6 genoemde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.
-  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. 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.
-  3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 november 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
-  3.12. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailberichten van 24 november 2016 en 3 december 2016 en bij ongedateerde brief aanvullende informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker heeft in 2016 behandelingen gehad bij de dermatoloog. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar ten laste gebracht van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015. Verzoeker is het hier niet mee eens. Aangezien verzoeker in 2015 een vrijwillig eigen risico had van € 100,-, heeft hij de afspraken met de dermatoloog juist gepland in 2016. In dat jaar had hij geen vrijwillig eigen risico. De kosten dienen derhalve ten laste te worden gebracht van het verplicht eigen risico 2016.
-  4.2. Verzoeker was niet op de hoogte van de regeling waarbij door middel van een Diagnose Behandeling Combinatie (hierna: DBC) wordt gedeclareerd. Het was aan de ziektekostenverzekeraar hem hierover te informeren. Volgens verzoeker is de regeling omtrent DBC's opgenomen in de kleine letters en is sprake van randvoorwaarden waarvan de financiële gevolgen niet voor zijn rekening horen te komen. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar misbruik maakt van de omstandigheden en dat hij als verzekerde wordt opgelicht. Zelfs na meerdere telefonische contacten zijn het declareren door middel van een DBC en de verrekening van de kosten van de betreffende medisch specialistische zorg met het verplicht en vrijwillig eigen risico voor verzoeker niet duidelijk.
-  4.3. Verzoeker geniet een Wajong-uitkering. De nota van het eigen risico 2015 is voor hem een enorme kostenpost, zeker als deze bovenop de nota van het eigen risico 2016 komt.
-  4.4. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 30 augustus 2016 heeft verzoeker het volgende gesteld.

Kennelijk kan de ziektekostenverzekeraar zich niet voorstellen dat een en ander voor verzoeker onduidelijk is, ondanks het feit dat de ziektekostenverzekeraar bekend is met de geestelijke toestand van verzoeker en het gegeven dat hij volledig is afgekeurd na een auto-ongeluk in 1974. Verzoeker is nu eenmaal langzaam van begrip. Zijn beroep op de 'randvoorwaarden' blijft gehandhaafd en de ziektekostenverzekeraar is 'strafbaar'.

- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in 2015 kennelijk een DBC is geopend. Hij wist niet wat dit was, zodat een beroep is gedaan op de kleine lettertjes. Omdat deze DBC was geopend, kon de ziektekostenverzekeraar aanspraak maken op het eigen risico 2015. Echter, de zorg is in februari 2016 genoten, zodat niet kan worden uitgegaan van het eigen risico 2015. Verzoeker heeft de behandeling bewust uitgesteld, zodat hij het eigen risico niet verschuldigd zou zijn. Voor deze behandeling wordt tevens het eigen risico 2016 aangesproken, zodat iets meer dan € 700,-- in rekening is gebracht. Verzoeker vraagt zich af waarvoor hij verzekerd is. Hij betaalt ook nog € 131,-- premie per maand. Voorts heeft verzoeker gesteld dat het listig is van de ziektekostenverzekeraar dat het moment van het openen van de (vervolg-)DBC bepalend wordt geacht. Zijns inziens is sprake van oplichting. De ziektekostenverzekeraar schuift het probleem af, hetgeen als een schuldbekentenis moet worden beschouwd.
- 4.6. Nadien heeft verzoeker aandacht gevraagd voor de omstandigheid dat de ziektekostenverzekeraar inmiddels ook het eigen risico 2016 van hem vordert. Eerder werd een bedrag van € 51,79 in rekening gebracht en thans komt daar € 333,21 bij. De eigen risicovordering van de ziektekostenverzekeraar legt een groot beslag op het inkomen van verzoeker. Verzoeker meent dat zorgkosten maximaal 11 percent van het jaarinkomen mogen bedragen, en in zijn geval wordt daar ruim bovenuit gekomen. Tot slot heeft verzoeker gesteld dat van hem niet kan worden verwacht dat hij alle polisvoorwaarden doorneemt. Hij begrijpt deze voorwaarden bovendien niet.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In Nederland wordt medisch specialistische zorg gedeclareerd door middel van behandeltrajecten. Deze hebben voor 2015 een duur van maximaal 365 dagen en vanaf 2015 van maximaal 120 dagen. Opvolgende behandelperiodes moeten op elkaar aansluiten. De startdatum van een behandelperiode is bepalend voor het jaar waarin het eigen risico wordt verrekend.

5.2. Het ziekenhuis heeft de volgende behandelperiodes geregistreerd:

- 4 april 2013 tot en met 3 april 2014, 365 dagen
- 4 april 2014 tot en met 3 april 2015, 365 dagen
- 4 april 2015 tot en met 1 augustus 2015, 120 dagen ('lege' DBC)
- 2 augustus 2015 tot en met 29 november 2015, 120 dagen ('lege' DBC)
- 30 november 2015 tot en met 28 maart 2016, 120 dagen

In de perioden van 4 april 2015 tot en met 1 augustus 2015 en van 2 augustus 2015 tot en met 29 november 2015 was sprake van een 'lege' DBC, omdat verzoeker langer dan 120 dagen geen zorg ontving. Desondanks lopen de behandelperiodes gewoon door. Het ziekenhuis declareert voor die perioden evenwel geen kosten.

Verzoeker ging in februari en maart 2016 naar het ziekenhuis waardoor na de 'lege' DBC's een aansluitend vervolgtraject is geopend. De onderhavige behandelingen bij de dermatoloog vallen in de laatste behandelperiode van 30 november 2015 tot en met 28 maart 2016. De startdatum van de behandelperiode - 30 november 2015 - is bepalend voor het jaar waarin het eigen risico wordt verrekend. De nota is derhalve terecht verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor de door verzoeker in 2016 genoten lichttherapie het eigen risico 2015 is aangesproken. Reden hiervoor is dat het gaat om een vervolg-DBC. Het kan zo zijn dat het moment van behandelen niet correspondeert met het eigen risico. In het onderhavige geval is de ingangsdatum van de DBC niet het moment van de behandeling, maar het moment van openen van de DBC. Het is voorstelbaar dat dit onduidelijk is

voor verzoeker, maar het staat op deze manier in de polisvoorwaarden en de wetgever heeft dit zo geregeld.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18.4 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 371,69 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 29 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat.

8.4. Artikel 6 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"6.1 Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigenrisicobedrag is. In 2015 is het verplicht eigen risico € 375,- per verzekerde per kalenderjaar; (...)"

"6.9 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnosebehandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het verplicht eigen risico dat wij moeten toepassen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden; (...)"

8.5. Artikel 7 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het overzicht van premiekortingen op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis; (...)"

"7.8 Vrijwillig gekozen eigen risico bij een diagnosebehandelcombinatie

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnosebehandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het vrijwillig gekozen eigen risico dat wij

in mindering moeten brengen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden; (...)"

- 8.6. In artikel 21 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering zijn de begripsbepalingen opgenomen. Het begrip "DBC" is als volgt gedefinieerd:

"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 DBCzorgproduct 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 120 dagen; (...)"

- 8.7. De artikelen 6, 7 en 21 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering en artikel 29 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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 eigen risico is geregeld in de artikelen 19 e.v. Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 e.v. Bzv.
- Artikel 23 Zvw bepaalt dat 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.
- De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Aan de orde is de vraag of de ziektekostenverzekeraar de door het ziekenhuis door middel van een DBC gedeclareerde kosten ten bedrage van € 371,69 terecht heeft verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde 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 gegeven paramedische zorg en verstrekte geneesmiddelen. Een DBC had oorspronkelijk een maximale looptijd van 365 dagen. Met ingang van 2015 is dit teruggebracht naar maximaal 120 dagen, waarbij sprake kan zijn van ten hoogste drie aansluitende perioden. Indien het een doorlopende behandeling betreft, wordt steeds aansluitend een vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.
- 9.2. Verzoeker heeft op 18 februari 2016 een poliklinisch consult gehad. De dertien behandelingen lichttherapie heeft hij ondergaan in de periode van 26 februari 2016 tot en met 25 maart 2016. In de situatie van verzoeker is sprake van een vervolg-DBC. Het ziekenhuis mocht deze openen omdat verzoeker op 18 februari 2016 - dat wil zeggen binnen drie maal 120 dagen na de datum waarop de vorige DBC werd gesloten, te weten 3 april 2015 - een behandeling heeft gehad met dezelfde zorgvraag. Een vervolg-DBC dient direct aan te sluiten op de einddatum van de vorige DBC. In dit geval is sprake van twee 'lege' DBC's. De eerste liep van 4 april 2015 tot en met 1 augustus 2015 (120 dagen), de tweede van 2 augustus 2015 tot en met 29 november 2015 (eveneens 120 dagen).

De openingsdatum van de aansluitende DBC is derhalve 30 november 2015. Een en ander is in overeenstemming met de Algemene Toelichting Registratieregels v20140717 van de Nederlandse Zorgautoriteit. Uit de artikelen 6.9 en 7.8 van de zorgverzekering volgt dat voor het antwoord op de vraag ten laste van welk kalenderjaar de kosten komen, de startdatum van de behandeling bepalend is. In dit geval is dat 30 november 2015, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het eigen risico voor dat jaar.

9.3. Ingevolge artikel 6 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering is verzoeker in 2015 maximaal € 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 2015 op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog open stond. Tevens is niet in geschil dat verzoeker in 2015 een vrijwillig eigen risico had van € 100,-, dat nog niet was 'vol gemaakt'. Voorts geldt dat de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht de door middel van een DBC-code gedeclareerde kosten van medisch-specialistische zorg ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker gebracht.

9.4. De commissie merkt op dat van een algemene regel, inhoudende dat zorgkosten maximaal 11 percent van het jaarinkomen mogen bedragen, geen sprake is. Afhankelijk van de hoogte van zijn inkomen kan verzoeker in aanmerking komen voor zorgtoeslag. Bij de bepaling van de zorgtoeslag is het verplicht eigen risico in de berekening betrokken, evenals de premie. Degene die de zorgtoeslag ontvangt wordt hier derhalve ten dele voor gecompenseerd. Het is een eigen keuze naast het verplicht eigen risico een vrijwillig eigen risico te nemen.

9.5. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, onder andere met betrekking tot de "kleine letters", kan niet leiden tot een andere uitkomst

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, 21 december 2016,

A.I.M. van Mierlo