



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Eigen risico, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201503549
Zittingsdatum : 31 augustus 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 19 tot en met 21 en 23 Zvw, 2.1, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de 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 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij declaratieoverzicht van 12 mei 2015 heeft de zorgverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 130,95 in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico voor het jaar 2014.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar medegedeeld het niet eens te zijn met voormeld bedrag en dienaangaande om een heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld het bedrag 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 17 maart 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar het bedrag van € 130,95 niet ten laste van het verplicht eigen risico van 2014 mag brengen (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 juni 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 juni 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 15 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch 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. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 31 augustus 2016 telefonisch gehoord.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker heeft in verband met het Carpaal Tunnel Syndroom (CTS) in 2013 een behandeling van de rechterpols ondergaan. Met het ziekenhuis werd afgesproken dat de gehele behandeling in hetzelfde jaar zou worden afgesloten zodat de kosten konden worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar 2013. Op 22 december 2013 heeft verzoeker de eindcontrole gehad. Eind 2014 kreeg verzoeker last van zijn linkerhand. Om het verplicht eigen risico van het jaar 2014 uit te sparen, is verzoeker pas in januari 2015 behandeld aan zijn linkerpols. Deze behandeling is op 2 februari 2015 beëindigd. Op 12 mei 2015 ontving verzoeker een rekening ter zake van het verplicht eigen risico van zowel het jaar 2015 als 2014. Verzoeker is echter het hele jaar 2014 niet in het ziekenhuis geweest.

 4.2. Na de bevestiging aan verzoeker van het ziekenhuis dat het ging om een behandeling in het jaar 2015, ontving verzoeker op 20 oktober 2015 van de zorgverzekeraar wederom een nota voor het verplicht eigen risico, ditmaal van € 345,98 en met betrekking tot dezelfde behandeling in 2015. De zorgverzekeraar heeft verzoeker voor meer informatie verwezen naar de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa), Zorgbelang Nederland en "mijnzorgnota.nl". Uit het gesprek met Zorgbelang Nederland kwam naar voren dat het ziekenhuis reeds een boete opgelegd heeft gekregen voor foutieve declaraties en dat verzoeker opnieuw contact moest opnemen met de zorgverzekeraar. Verzoeker concludeert dat de zorgverzekeraar zich verschuilt achter de onjuiste handelwijze van het ziekenhuis en daar de vruchten van plukt.

 4.3. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat de behandeling aan zijn linkerpols heeft plaatsgevonden in 2015 en dat derhalve het eigen risico 2014 niet bij hem in rekening mag worden gebracht.

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. De nota's van het ziekenhuis zijn juist. Zodra de patiënt zich meldt met een zorgvraag opent het ziekenhuis een DBC-zorgtraject. Het ziekenhuis sluit het eerste zorgtraject na negentig dagen als er binnen die periode geen behandeling plaatsvindt. Op 16 januari 2013 kwam verzoeker voor het eerst bij de neuroloog. Deze eerste behandelperiode stopte op de negentigste dag, te weten 15 april 2013. Omdat verzoeker onder behandeling bleef bij de neuroloog, startte het ziekenhuis aanvullende behandelperiodes van tweemaal 365 dagen. Volgens de registratieregels moet de openingsdatum van een vervolg-DBC aansluiten op de sluitingsdatum van het voorgaande zorgtraject. Op 8 oktober 2013 kreeg verzoeker een injectie, zodat een vervolg-DBC werd geopend met een looptijd van 16 april 2013 tot en met 15 april 2014. Het vervolgconsult van 6 januari 2015, de behandeling waarvan verzoeker dacht dat deze ten laste zou komen van het verplicht eigen risico 2015, moet aansluiten op de einddatum van de vorige DBC, en heeft daarom als openingsdatum 16 april 2014. Het in het geding zijnde bedrag van € 130,95 is derhalve terecht verrekend met het verplicht eigen risico 2014.

 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling aan de linkerpols van verzoeker is gezien als vervolgbehandeling binnen dezelfde zorgvraag. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk geen contact opgenomen met de zorgverlener omdat hij daar geen behandelovereenkomst mee heeft gesloten. Op een nadien gedaan verzoek eventueel een correctienota te sturen, werd door het ziekenhuis afwijzend beslist, aangezien het ziekenhuis meent correct te hebben gedeclareerd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' 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 het bedrag van € 130,95 terecht ten laste heeft gebracht van het verplicht eigen risico 2014 van verzoeker.

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 zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 42 van de "Aanspraken en vergoedingen" van de zorgverzekering.

8.3. 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 2014 is het verplicht eigen risico € 360,- per verzekerde per kalenderjaar; (...)"

"6.9. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (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; (...)"

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

"(...) 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 DBC-zorgproduct 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 365 dagen; (...)"

8.5. De artikelen 6 en 21 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

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

- 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 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 declaraties. Omdat het ziekenhuis rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareert, en deze de kosten verrekent met het verplicht eigen risico, heeft verzoeker echter wel een financieel belang, zodat de vraag is of de zorgverzekeraar de betreffende declaraties had moeten afwijzen dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie. In dat kader 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. In het onderhavige geval is sprake van drie aansluitende DBC's, te weten van 16 januari 2013 tot en met 15 april 2013 (90 dagen), van 16 april 2013 tot en met 15 april 2014 (365 dagen) en van 16 april 2014 tot en met 15 april 2015 (365 dagen). Onomstreden is dat verzoeker op 8 oktober 2013 in het ziekenhuis is geweest voor een injectie. De eerste DBC was toen reeds gesloten, zodat het ziekenhuis gerechtigd was een eerste vervolg-DBC te openen met openingsdatum 16 april 2013 en een looptijd van 365 dagen.
- Wat betreft de tweede vervolg-DBC stelt verzoeker dat deze onterecht is omdat het ditmaal ging om zijn andere hand en de behandeling hiervan eerst op 6 januari 2015 is gestart.
- Tegenover de stelling van verzoeker dat een nieuwe DBC moest worden geopend, heeft de zorgverzekeraar gemotiveerd verweer gevoerd, waarna verzoeker zijn stelling niet nader heeft onderbouwd. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat de zorgverzekeraar terecht heeft geoordeeld dat het ziekenhuis de tweede vervolg-DBC mocht openen omdat verzoeker op 6 januari 2015 - dat wil zeggen binnen 365 dagen na de datum waarop de vorige DBC werd gesloten - een vervolgconsult heeft gehad. De openingsdatum van deze vervolg-DBC is 16 april 2014, aangezien het ziekenhuis een vervolg-subtraject één dag na de sluitingsdatum van het voorgaande traject opent. In de onderhavige kwestie was dit 15 april 2014.
- 9.3. Uit artikel 6 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering volgt dat voor het antwoord op de vraag ten laste van welke kalenderjaar de kosten komen, de startdatum van de behandeling bepalend is. In dit geval is de openingsdatum van de tweede vervolg-DBC 16 april 2014, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het verplicht eigen risico voor dat jaar.
- Ingevolge artikel 6.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is verzoeker in 2014 een bedrag van € 360,- 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 van 2014 op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog open stond. Voorts geldt dat de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling. De zorgverzekeraar

heeft derhalve terecht het bedrag van € 130,95 ten laste van het verplicht eigen risico 2014 van verzoeker gebracht.

- 9.4. De commissie heeft begrip voor de verwarring die bij verzoeker is ontstaan. Immers, verzoeker heeft er juist voor gekozen pas in 2015 te beginnen met de behandeling zodat hij het verplicht eigen risico 2014 niet verschuldigd zou zijn. Echter, volgens de betreffende regels van de NZa is de beoordeling over het voortzetten van een lopend zorgtraject dan wel het openen van een nieuwe DBC - omdat sprake is van een separaat zorgtraject - een medisch-inhoudelijke inschatting die alleen de betrokken medisch specialist kan maken. De behandelend medisch specialist heeft geconcludeerd dat het hier een lopend zorgtraject betreft, en in die beoordeling kan en mag de commissie niet treden. Door de zorgverzekeraar is overigens wel contact gezocht met het ziekenhuis om te bezien of de declaratie kon worden gecorrigeerd. Het ziekenhuis blijft echter bij het standpunt dat correct is gedeclareerd. Het staat verzoeker, tegen de achtergrond van de aan hem verstrekte informatie over het openen van een (separaat) zorgtraject, uiteraard vrij zelf contact op te nemen met het ziekenhuis met de vraag of het mogelijk is een creditnota aan de zorgverzekeraar te sturen. Een en ander valt echter buiten de onderhavige procedure.

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, 21 december 2016,

P.J.J. Vonk