



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen
N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg

Zaak : Eigen risico, DBC-systematiek

Zaaknummer : 201600497

Zittingsdatum : 31 augustus 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 19, 21 en 23 Zvw, 2.1 en 2.17 e.v. Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,
- 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 Zorgverzekering 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 Extra Uitgebreid 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij declaratieoverzicht van 5 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een bedrag van € 315,72 ten laste te brengen van het verplicht eigen risico 2014.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat zij het niet eens is met de in rekening gebrachte bedragen en heeft daarom om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 19 februari 2016 en 31 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 22 februari 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 315,72 ten onrechte ten laste van het eigen risico 2014 heeft gebracht.
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 juni 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 augustus 2016 medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.7. 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.

3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 augustus 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de ziekenhuisbehandeling onterecht volledig verrekend met het verplicht eigen risico 2014. Verzoekster is sinds 2005 onder behandeling in het ziekenhuis, nadat zij daar was geopereerd. Sindsdien vinden drie tot vier maal per jaar controle-onderzoeken plaats, waarbij na iedere behandeling een afspraak wordt gemaakt voor de volgende controle. De begindatum 10 december 2014 is "puur toevallig gekozen", omdat dit het moment is geweest waarop het ziekenhuis de kosten bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd. Op deze datum was namelijk geen sprake van een behandeling. Hierdoor lijken de begindatum en einddatum van de vervolgtrajecten in de praktijk willekeurig te worden bepaald.

4.2. Het verplicht eigen risico is bij wet gelimiteerd tot een bepaald bedrag per jaar. Het is opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar ongelimiteerd kan teruggrijpen op een eventueel resterend verplicht eigen risico uit eerdere jaren. Op die manier betaalt verzoekster in totaal een aanzienlijk hoger bedrag dan het verplicht eigen risico dat voor het betreffende jaar geldt. Dit lijkt haar niet de bedoeling van de wetgever.

4.3. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat zij het vanuit het oogpunt van rechtszekerheid onaanvaardbaar vindt dat er twee jaar na dato een rekening wordt gestuurd voor het eigen risico 2014. Verzoekster is al tien jaar onder behandeling bij het ziekenhuis. Dat sprake zou zijn van een nieuw zorgtraject, is derhalve onjuist. Het ziektebeeld is gestart in 2005. In de wet en de bijbehorende besluiten is niet geregeld dat de ziektekostenverzekeraar het recht heeft met terugwerkende kracht het eigen risico te vorderen.

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. Zorg in het ziekenhuis wordt in Nederland gedeclareerd met behulp van de DBC-systematiek. Hierbij wordt gewerkt met vaste codes, de zogenoemde DBC-zorgproducten, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn vastgesteld. Aan de hand van de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling, wordt het DBC-zorgproduct bepaald. Aan ieder zorgproduct hangt een all-in tarief, dat geldt voor het volledige behandeltraject. Dit is een gemiddelde prijs voor die vorm van zorgverlening. Derhalve wordt niet iedere scan, consult of verpleegdag apart in rekening gebracht, maar betaalt men steeds het gemiddelde tarief van het behandeltraject. De zorgproductcode wordt door het ziekenhuis gebruikt om de kosten te declareren. Hierbij is niet de datum van de behandeling bepalend, maar de openingsdatum van het behandeltraject.

5.2. Iedere verzekerde van 18 jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico. Voor 2014 was de hoogte van het verplicht eigen risico € 360,-. De zorgkosten kunnen rechtstreeks door de zorgaanbieders worden gedeclareerd. Indien de verzekerde nog een (deel van het) verplicht eigen risico moet betalen, vordert de ziektekostenverzekeraar het bedrag terug bij de verzekerde of wordt het verrekend met eventuele openstaande posten. Zorgkosten moeten binnen 36 maanden door de zorgaanbieder worden gedeclareerd, gerekend vanaf de datum waarop de zorg is verleend. Declaraties die de ziektekostenverzekeraar vóór 31 december van het kalenderjaar na het jaar van de behandeling ontvangt, tellen nog mee voor het verplicht eigen risico. Deze termijn is volgens de wetgever voldoende om de belangen van verzekerden goed te beschermen.

- 5.3. De begindatum 10 december 2014 is niet "puur toevallig gekozen". Het is ook niet de datum waarop het ziekenhuis de nota heeft gedeclareerd, dit vond namelijk plaats op 8 december 2015. Een DBC wordt aan het begin van het behandeltraject geopend en aan het einde van de behandeling gesloten. Een DBC heeft een looptijd van maximaal 365 dagen. Als een verzekerde voor een langere periode in behandeling is, dan declareert het ziekenhuis DBC-zorgtrajecten die op elkaar aansluiten. Verzoekster is sinds 2005 onder behandeling in het ziekenhuis. Het laatste DBC-zorgtraject liep van 10 december 2013 tot en met 9 december 2014. Aangezien het bij de onderhavige behandeling gaat om dezelfde aandoening/klachten, moet het vervolgtraject aansluiten op het vorige traject. Derhalve is voor de onderhavige behandeling een aansluitend vervolgtraject geopend met de ingangsdatum 10 december 2014. De kosten van een DBC-zorgproduct tellen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin het zorgproduct is geopend. Vanwege de openingsdatum van 10 december 2014, zijn de kosten terecht verrekend met het verplicht eigen risico 2014. Er is geen mogelijkheid de declaratie van het ziekenhuis te spreiden over het verplicht eigen risico 2014 en 2015.
- 5.4. Door de declaratiesystematiek kan het voorkomen dat zorg pas later wordt gedeclareerd door de zorgaanbieder, hetgeen leidt tot een latere verrekening met het verplicht eigen risico. Dit kan betekenen dat de verzekerde achteraf nog verplicht eigen risico moet betalen voor eerdere jaren. Het voorgaande betekent echter niet dat de verzekerde dan meer aan verplicht eigen risico betaalt dan wettelijk is bepaald. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat dit vervelend kan zijn, echter dit is een direct gevolg van het Nederlandse declaratiesysteem.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat deze de regels niet maakt, maar slechts toepast. De NZa bepaalt dat DBC-zorgproductcodes moeten worden gebruikt. Als een ziekenhuis declareert, gebeurt dit per jaar. Verzoekster is al jaren onder behandeling, en er wordt dan elk jaar een zorgproduct gedeclareerd. Alleen op die manier kan het ziekenhuis het geld krijgen waar het recht op heeft. Uiteindelijk moet het eigen risico worden betaald, want het komt elk jaar terug.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A.22.2. van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 het bedrag van € 315,72 terecht ten laste heeft gebracht van het verplicht eigen risico 2014.
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 vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel A.12. van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

" A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 360,- voor een heel jaar. Het jaar dat de verzekering in gaat of eindigt of dat u 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico ook lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7.

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 360,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed. Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg; (...)"

" A.12.2. Verrekening eigen risico

De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is genoten. Wordt zorg in 2 achtereenvolgende jaren genoten en op één nota in één bedrag in rekening gebracht dan worden de kosten van deze zorg verrekend met het verplicht eigen risico van het eerste jaar. Echter de kosten van een DOT-zorgproductcode - behalve de eerstelijns DOT-zorgproductcodes - tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DOT-zorgproductcode is begonnen (opening van de DOT-zorgproductcode). Dit geldt niet voor OZP's (Overige Zorg Producten) voor medisch specialistische of specialistische psychiatrische zorg; (...)"

" A.12.5. Betaling aan zorgaanbieder en eigen risico

Als een zorgaanbieder (die een betaalovereenkomst met ons heeft) rechtstreeks bij ons declareert, kunnen wij uw kosten rechtstreeks aan de zorgaanbieder vergoeden. Als u nog een (deel van het) eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen dit met u. Als u zelf de nota naar ons instuurt (of als de zorgaanbieder geen betaalovereenkomst met ons heeft), betalen wij aan u als er nog een (deel van het) eigen risico openstaat. U ontvangt van ons dan het bedrag waar u recht op hebt minus het nog openstaande eigen risico. U moet zelf zorgen voor een volledige betaling aan de zorgaanbieder; (...)"

- 8.4. In artikel A.1. van de zorgverzekering zijn de begripsbepalingen opgenomen. De begrippen 'DBC' en 'DOT' zijn als volgt gedefinieerd:

" DBC: Diagnose Behandeling Combinatie

Een DBC beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg of specialistische psychiatrische zorg. In de DBC is de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven. Aan de DBC wordt een DBC-prestatiecode toegekend. Die code is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag (zogenaamde opening van de DBC) en wordt afgesloten aan het einde van de behandeling. Als uw behandeling langer duurt dan 365 dagen, wordt het DBC-traject afgesloten, gedeclareerd en een nieuw DBC-traject geopend. Het tarief is een gemiddelde prijs voor die vorm van zorgverlening. De ene keer kan die zorgverlening langer duren dan de andere keer. Zie ook begrip "DBC op weg naar transparantie (DOT)". Zorgaanbieders voor medisch specialistische zorg of specialistische psychiatrische zorg moeten het DBC-traject declareren door middel van DOTzorgproduct-codes (zie hieronder "DOT"). Specifieke dure zorg (zoals intensive care zorg, dure geneesmiddelen en bloedproducten) wordt niet door middel van een DOT-zorgproductcode gedeclareerd maar los daarvan als OZP (Overig Zorg Product); (...)"

" DOT: DBC Op weg naar Transparantie

DOT is een verbeterd declaratiestelsel voor medisch specialistische zorg dat op 1 januari 2012 in werking is getreden. Dit stelsel dient te leiden tot een vereenvoudiging van het DBC-systeem, met als uitgangspunten meer transparantie en grotere medische herkenbaarheid. De diagnosebehandelcombinaties die in het DOT-systeem gebruikt worden, worden DOT-zorgproducten genoemd; (...)"

- 8.5. De artikelen A.1. en A.12. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. 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 en 21 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.
- 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. Aan de orde is de vraag of de ziektekostenverzekeraar de door het ziekenhuis door middel van de DBC gedeclareerde kosten ten bedrage van € 328,17 terecht tot een bedrag van € 315,72 heeft verrekend met het verplicht eigen risico 2014. 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 nieuwe DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.
- 9.2. Verzoekster is sinds 2005 onder behandeling in het ziekenhuis voor dezelfde zorgvraag. Het laatste vervolgetraject dat is gedeclareerd liep van 10 december 2013 tot en met 9 december 2014. Volgens de betreffende regels van de NZa, opent het ziekenhuis een vervolgetraject één dag na de sluitingsdatum van het voorgaande traject. In het onderhavige geval was de einddatum 9 december 2014, derhalve wordt een nieuw vervolgetraject geopend op 10 december 2014. Hierbij maakt het niet uit of de behandeling daadwerkelijk op die datum heeft plaatsgevonden. Het ziekenhuis mocht destijds namelijk een vervolg-DBC openen indien verzoekster binnen 365 dagen na de datum waarop de vorige DBC werd gesloten, een vervolgbehandeling kreeg. Dat sprake is geweest van een vervolgbehandeling vormt geen onderwerp van geschil, enkel de openingsdatum van de vervolg-DBC is door verzoekster bestreden, en deze dient - gelet op hetgeen hiervoor is overwogen - te worden gesteld op 10 december 2014.
- 9.3. Uit artikel A.12.2. 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 10 december 2014, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het verplicht eigen risico voor dat jaar.
Ingevolge artikel A.12.1. van de zorgverzekering is verzoekster 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 niet was "volgemaakt". Voorts geldt dat de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht het bedrag van € 315,72 ten laste van het verplicht eigen risico 2014 gebracht.

Verder geldt dat de nota door het ziekenhuis binnen de hiervoor geldende termijn bij de ziektekostenverzekeraar is gedeclareerd, en dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van verzoekster heeft gevorderd op 5 februari 2016, welke datum valt binnen de wettelijke verjaringstermijn van vijf jaren.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 september 2016,

P.J.J. Vonk