



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, zorgvraag, DBC, eigen risico
Zaaknummer : 201303233
Zittingsdatum : 27 augustus 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, 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 basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (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 brief van 28 oktober 2013 heeft de zorgverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 850,- in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 in verband met de door verzoeker genoten medisch specialistische zorg.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Hierbij heeft hij verzocht het in rekening gebrachte eigen risico voor 2013 te laten vervallen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 november 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.4. Bij brief van 22 april 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 8 juli 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 juli 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 juli 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 21 augustus 2014 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Verzoeker is op 27 augustus 2014 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


4.1. Op 18 december 2012 is door het ziekenhuis een DBC geopend in verband met de zorgvraag van verzoeker. De kosten van deze DBC zijn door het ziekenhuis ter declaratie ingediend bij de vorige verzekeraar van verzoeker. Deze heeft de nota vergoed en het verschuldigde eigen risico voor 2012 bij verzoeker in rekening gebracht. Vervolgens zijn door het ziekenhuis op 18 februari en 18 maart 2013 nieuwe DBC's geopend die door de zorgverzekeraar zijn vergoed. Het eigen risico voor 2013 is vervolgens bij verzoeker in rekening gebracht. Verzoeker is het hiermee niet eens, omdat het dezelfde zorgvraag betreft als die waarvoor in 2012 een DBC is geopend. Nu moet hij voor deze zorgvraag in 2012 en 2013 het eigen risico betalen. In plaats van twee nieuwe DBC's had een vervolgtraject geopend moeten worden, dat onder het in 2012 geopende traject valt, en daarmee onder het "uitloopriscico" van de vorige verzekeraar.

4.2. Verzoeker licht toe dat hij door de huisarts met twee zorgvragen is doorverwezen naar een algemeen chirurg, die hij op 18 december 2012 heeft geconsulteerd. Op 16 januari 2013 is hij door de algemeen chirurg - in verband met dezelfde zorgvragen - doorverwezen naar de plastisch chirurg, bij wie hij op 18 februari 2013 op consult is geweest. Dat zijn zorgvragen zich uiten in twee diagnoses, en dat deze bij het specialisme algemene chirurgie blijkbaar anders zijn gedefinieerd dan bij het specialisme plastische chirurgie, is geen reden om een nieuwe DBC te openen. In artikel 6 van de registratieregels van DBC Onderhoud versie V20110701 staat namelijk: "wanneer er bij de behandeling van de zorgvraag van de patiënt meer poortspecialismen betrokken zijn als hoofdbehandelaar, opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject als er sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling." De komma en het woord "én" duiden erop dat aan alle drie de voorwaarden moet worden voldaan, anders had er wel "of" dan wel "en/of" gestaan.


4.3. Verzoeker wijst erop dat bij hem steeds sprake is geweest van dezelfde zorgvraag. DBC Onderhoud geeft de volgende definitie van een zorgvraag: "als we spreken over het begrip zorgvraag dan wordt hiermee bedoeld het 'probleem' waarmee een patiënt zich presenteert bij de specialist, dat zich uit in een specifieke diagnose, ofwel de reden van verwijzing. De belangrijkste reden om de zorgvraag vast te leggen is om de relatie tussen de reden van verwijzing en behandeling later terug te kunnen vinden." Met betrekking tot de definitie van het begrip 'zorgvraag' merkt de NZa het volgende op: "er is geen formele definitie van het begrip zorgvraag opgenomen in de regelgeving. Wij willen benadrukken dat het begrip zorgvraag primair benaderd moet worden vanuit het perspectief van de patiënt. Voor een nieuwe zorgvraag geldt daarnaast ook dat er sprake moet zijn van een separate diagnosestelling. Of er sprake is van een nieuwe zorgvraag wordt niet bepaald door: substantiële meerkosten van de primaire zorgvraag, betrokkenheid van een andere (sub)specialist, het wijzigen van de diagnose gedurende het zorgtraject of de aanwezigheid van een nevendiagnose (ondergeschikt aan hoofd Diagnose)."


4.4. Volgens de zorgverzekeraar heeft diens medisch adviseur verklaard dat: "als een patiënt met een zorgvraag bij meerdere hoofdbehandelaren komt, zoals bij [verzoeker] het geval was, iedere specialist als hoofdbehandelaar nu eenmaal zijn of haar eigen zorgtraject opent." Verzoeker merkt op dat het nimmer zo is geweest dat hij twee hoofdbehandelaren heeft gehad. De plastisch chirurg heeft de behandeling immers overgenomen van de algemeen chirurg.


4.5. Ter zitting is door verzoeker, onder verwijzing naar de artikelen 6.1 en 6.2 van de DOT-registratieregels met kenmerk NR/CU-240, gesteld dat niet is voldaan aan de voorwaarden om een nieuwe DOT te mogen openen. Met name is geen sprake van een nieuwe zorgvraag.


 Dat verzoeker is gediagnosticeerd en behandeld door een tweede medisch specialist maakt dit volgens hem niet anders.



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


 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. Elke verzekerde in Nederland heeft een wettelijk verplicht eigen risico. In 2013 bedroeg dit € 350,--. Verzoeker heeft daarnaast een vrijwillig eigen risico van € 500,-- gekozen. Dit betekent dat de eerste € 850,-- aan zorgkosten, die ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, voor zijn rekening blijft.

 5.2. Verzoeker is door zijn huisarts verwezen naar een chirurg. De chirurg opende op 18 december 2012 een DBC. De chirurg heeft een diagnose gesteld en verzoeker verwezen naar een plastisch chirurg. Doordat de chirurg een diagnose stelde, is de zorgvraag veranderd. De plastisch chirurg opende om deze reden een nieuwe DBC. De onderhavige kosten zijn daarom terecht door het ziekenhuis ter declaratie ingediend. De zorgverzekeraar ontving op 30 augustus en 6 september 2013 nota's van het ziekenhuis ten bedrage van € 110,12 en € 791,58 voor de aan verzoeker verleende medisch specialistische zorg. Deze bedragen zijn door de zorgverzekeraar aan het ziekenhuis vergoed. Medisch specialistische zorg is niet uitgesloten van het eigen risico. Omdat op dat moment het eigen risico 2013 nog geheel open stond, werd € 850,-- aan zorgkosten bij verzoeker in rekening gebracht.


 5.3. De NZa bepaalt voor ziekenhuizen de regels met betrekking tot de wijze waarop deze zorgkosten moeten declareren. In artikel 6.2 van de Regeling Medisch Specialistische Zorg is het volgende bepaald: "Wanneer er bij de behandeling van de zorgvraag van de patiënt meer poortspecialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling." Indien sprake is van meerdere hoofdbehandelaren, zoals bij verzoeker het geval was, opent iedere hoofdbehandelaar een eigen DBC. In het geval van verzoeker ging het om zogenoemde poortspecialismen en daarom is bovenstaande regelgeving van toepassing.

 5.4. Het betreft in de onderhavige situatie de behandeling van één en dezelfde zorgvraag van verzoeker, maar waarbij de poortspecialist als hoofdbehandelaar betrokken is voor een eigen zorgvraag binnen zijn specialisatie. In dit geval heeft de algemeen chirurg verzoeker verwezen naar de plastisch chirurg. De eerste specialist kan dan de DBC sluiten en de tweede specialist kan een nieuwe DBC openen.
 De wijze van declareren van het ziekenhuis lijkt op basis van de aanwezige informatie derhalve correct te zijn.

 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor het antwoord op de vraag of een tweede DBC mag worden geopend, moet worden gekeken naar de zorgvraag en het poortspecialisme. Omdat de plastisch chirurg de nieuwe hoofdbehandelaar is, mocht een nieuwe DBC worden geopend.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel A.22 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 terecht een bedrag van € 850,- in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico voor 2013 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:
- "Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)"*
- 8.4. Artikel A.12 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:
- "Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 350,- voor een heel jaar. (...)
De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is genoten.
Wordt zorg in twee achtereenvolgende jaren genoten en in een 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 (inclusief DBC) – behalve de eerstelijns DOT-zorgproductcodes (inclusief DBC's) - tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) is begonnen (opening van de DOT-zorgproductcode).
(...)"*
- 8.5. Artikel A.13 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering heeft betrekking op het vrijwillig gekozen eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:
- "De artikelen A.12.2. tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico van uw zorgverzekering. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekeringsvoorwaarden.
(...)"*
- 8.6. De artikelen A.12 en A.13 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel B.4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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 zijn geregeld in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw.

- 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 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


Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaraties. Aangezien verzoeker een naturapolis heeft, en het ziekenhuis rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota's 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's had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie.
- 9.2. Door het ziekenhuis is op 18 december 2012 de DBC 15C563 (consult polikliniek bij een aandoening aan de anus) geopend, en op 18 februari 2013 de DBC 15D164 (consult op de polikliniek bij/door de plastisch chirurg). Deze is op 18 mei 2013 gesloten. Op 18 maart 2013 is de DBC 15D203 (enkelvoudige ingreep bij/door de plastisch chirurg) geopend, die op 21 juni 2013 is gesloten.
- 9.3. Naar aanleiding van het door verzoeker gestelde, heeft de ziektekostenverzekeraar onderzoek gedaan naar de ingediende declaraties. Daarbij is hij, op basis van de Nadere Regel NR/CU-240 'Regeling medisch specialistische zorg' van de Nza, tot de conclusie gekomen dat correct is gedeclareerd zodat geen reden bestond de nota's te weigeren dan wel bij het ziekenhuis aan te dringen op correctie. De commissie kan deze conclusie onderschrijven, al is het maar omdat bij verzoeker in 2013 door de plastisch chirurg een ingreep is uitgevoerd, welke ingreep logischerwijs geen onderdeel kan zijn van het in 2012 door de internist gedeclareerde consult. Zou de stelling van verzoeker worden gevolgd, dan zou vanwege de ingreep - echter door de internist - in 2013 ook een (vervolg)DBC zijn geopend, hetgeen vanzelfsprekend eveneens consequenties zou hebben gehad voor het eigen risico.
- 9.4. Het eigen risico voor 2012 is niet in het geding. Ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is verzoeker in 2013 maximaal € 350,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoeker een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Tussen partijen is niet in geschil dat dit (verplicht en vrijwillig) eigen risico tot het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog volledig open stond. Voorts staat vast dat deze kosten niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht de in 2013 gemaakte kosten van medisch specialistische zorg ten laste van het eigen risico voor dat jaar 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, 1 oktober 2014,

Voorzitter

