

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, DBC-tarief,
eigen risico
Zaaknummer : 2013.00081
Zittingsdatum : 7 augustus 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11, 19, 21 en 23 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F, hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen XAV 1 en [naam gevolmachtigde] Tand € 1.150,00 inclusief techniekkosten afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 30 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij een bedrag van € 137,34 aan hem verschuldigd is voor het eigen risico 2011 in verband met een in dat jaar plaatsgevonden telefonisch consult door een dermatoloog.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 30 maart 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het telefonisch consult in 2011 niet ten laste van het eigen risico 2011 te 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 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 mei 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 6 juni en 24 juli 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 augustus 2013 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 1 augustus 2011 een telefonisch consult gehad met zijn dermatoloog en een herhaalrecept gevraagd voor een geneesmiddel. Dit gesprek heeft niet langer dan drie minuten geduurd.
- 4.2. Op 30 november 2012, dus ruim een jaar later, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker een notaoverzicht gezonden, waarin hem wordt medegedeeld dat de dermatoloog voor voornoemde zorg een nota van € 177,91 ter declaratie heeft ingediend. Van dit bedrag komt € 137,34 ten laste van het op dat moment nog openstaande verplicht eigen risico 2011. Verzoeker vindt het gedeclareerde bedrag buitensporig hoog en in geen verhouding staan tot de geleverde zorg. Daarbij komt dat verzoeker door zowel zijn huisarts als zijn dermatoloog niet is geïnformeerd dat het bedrag zo hoog zou zijn.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij van mening is dat het declaratiesysteem in Nederland niet goed werkt. De minister heeft toegezegd er iets aan te zullen gaan doen maar tot op heden is er niet gebeurd. Een bedrag van € 180,- voor een telefoongesprek van drie minuten, wat ook nog eens is afgedaan door een secretaresse, is veel te hoog.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 november 2012 van de behandelend dermatoloog een declaratie ten bedrage van € 177,91 ontvangen. Het betrof een rechtstreekse declaratie inzake een medisch specialistische behandeling met als DBC-code 141383. Uit onderzoek is gebleken dat het gedeclareerde tarief overeenkomt met de DBC-tarieven applicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- 5.2. Volgens opgave van de dermatoloog is de betreffende Diagnose Behandel Combinatie (hierna: DBC) geopend op 1 augustus 2011, zijnde de datum van het betreffende gesprek, en afgesloten op 29 juli 2012. De openingsdatum van de DBC is bepalend voor de vraag ten laste van welk kalenderjaar de kosten komen. In artikel 7.5 van de zorgverzekering is dit verwoord. Nu de juiste DBC in rekening is gebracht en deze DBC in 2011 is geopend, is de ziektekostenverzekeraar van mening dat de kosten hiervan terecht ten laste van het eigen risico 2011 zijn gebracht. Ten tijde van deze

declaratie was reeds een bedrag van in totaal € 32,66 in mindering gebracht op het eigen risico 2011. Daarom komt van de onderhavige DBC € 137,34 ten laste van het resterende eigen risico. Hiermee is het verplicht eigen risico voor 2011 'vol gemaakt'.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de zorgverlener een DBC heeft geopend met een looptijd van een jaar. Dat is een rechtmatige DBC geweest. Het maakt dan niet uit hoeveel contact er tussen de zorgverlener en de patiënt heeft plaatsgevonden. Een goedkopere DBC voor dit specialisme is niet voorhanden. De ziektekostenverzekeraar heeft het bedrag bij deze code moeten betalen. Het komt ten laste van het eigen risico. Contact opnemen met de zorgverlener heeft geen zin, omdat zij dit bedrag mag declareren.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 terecht een bedrag van € 137,34 ten laste van het op dat moment nog openstaande verplicht eigen risico 2011 van verzoeker heeft gebracht.

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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.

(...)”

- 8.3. 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 € 170,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening.

(...)

7.5 Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

(...)”

- 8.4. De artikelen 7 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.1 en 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.6. Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19, 21 en 23 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Rzv. Artikel 23 Zvw luidt, voor zover hier van belang:

“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 genoten. (...)”

- 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker is ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2011 een bedrag van maximaal € 170,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg die ten laste van de zorgverzekering komt. Tussen partijen is niet in geschil

dat dit eigen risico, behoudens een bedrag van € 32,66, niet werd aangesproken. Voorts staat vast dat de onderhavige kosten vallen onder de zorgvormen waarop het eigen risico van toepassing is.

- 9.2. De huisarts van verzoeker heeft het kennelijk geraden geacht verzoeker door te verwijzen naar een dermatoloog. In die beslissing kan de commissie niet treden zodat ter beantwoording enkel de vraag resteert of de door de dermatoloog gedeclareerde kosten terecht zijn verrekend met het verplicht eigen risico 2011 van verzoeker.
- 9.3. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het einde van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde DBC-code. De DBC-systematiek is gebaseerd op de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en heeft derhalve een wettelijke grondslag. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat de dermatoloog voor de genoten zorg een DBC-code heeft gebruikt met als prestatiecode 11-00-0027-0011. Aangezien verzoeker de juistheid van de gebruikte code niet heeft bestreden, neemt de commissie als vaststaand aan dat correct is gedeclareerd. Een DBC heeft een maximale looptijd van één jaar. De onderhavige DBC is geopend op 1 augustus 2011, te weten de datum van het telefonisch consult, en afgesloten op 29 juli 2012. In artikel 7.5 van de zorgverzekering is bepaald dat wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, het moment van aanvang van de behandeling bepalend is voor het toepassen van zowel het verplicht als het vrijwillige eigen risico. Nu de onderhavige DBC op 1 augustus 2011 is geopend, heeft de ziektekostenverzekeraar naar het oordeel van de commissie de onderhavige kosten terecht met het verplichte eigen risico 2011 verrekend.
- 9.4. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd met betrekking tot de duur van het gesprek, het feit dat het alleen ging om een herhaalrecept, en de omstandigheid dat hij noch door zijn huisarts noch door de dermatoloog is gewaarschuwd voor de kosten, maakt het voorgaande niet anders. Het aan de prestatiecode gekoppelde tarief is een gemiddelde. De DBC-systematiek biedt niet de mogelijkheid om te beoordelen of in individuele situaties hetgeen door de zorgverlener is gedeclareerd in verhouding staat tot de omvang van de geleverde werkzaamheden.

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, 28 augustus 2013,

Voorzitter