



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. beide te Wageningen
Zaak : Eigen risico, DBC
Zaaknummer : 201500754
Zittingsdatum : 28 oktober 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 19 en 21 Zvw, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv)

1. Partijen

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

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
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 basis van de verzekering Zorgverzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 20 mei 2014 medegedeeld dat hij ter zake van het eigen risico 2013 bedragen van € 82,18 en € 97,68 is verschuldigd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 oktober 2014 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 e-mailbericht van 1 juli 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van eerder genoemde bedragen ter zake van het eigen risico 2013 (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 14 september 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 september 2015 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 september 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 september 2015 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat de behandelingen in 2012 en 2014 hebben plaatsgevonden. Het was zijn keuze in 2013 geen kosten van zorg te maken en de vervolgbehandeling in 2014 te plannen. Dat hij nu wordt geconfronteerd met kosten die onder het eigen risico voor 2013 worden gebracht is volgens verzoeker niet in de geest van de wet en kan niet de bedoeling van de wetgever zijn geweest toen het eigen risico werd ingevoerd. Verzoeker voelt zich gedupeerd door de afspraken die tussen de verzekeraars en de ziekenhuizen zijn gemaakt.

4.2. 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 verwijst naar de DBC-systematiek, en de wijziging hierin met ingang van 1 januari 2012. Vanaf genoemde datum wordt door de ziekenhuizen gedeclareerd door middel van DOT's (DBC Op weg naar Transparantie). Een DOT heeft een looptijd van 90 dagen, tenzij sprake is van operatief handelen. In dat geval is de looptijd 42 dagen vanaf de datum van ontslag uit het ziekenhuis. De looptijd van een vervolg-DOT is 365 dagen, wederom tenzij sprake is van operatief handelen, dan wordt de DOT gesloten 42 dagen na ontslag uit het ziekenhuis.

5.2. Volgens opgave van het ziekenhuis is verzoeker vanaf 9 januari 2012 onder behandeling van een internist. Na 90 dagen, dat wil zeggen op 8 april 2012, is een (vervolg-)DOT geopend. Deze is - na 365 dagen - gesloten op 7 april 2013. Binnen 365 dagen na laatstgenoemde datum is verzoeker opnieuw in het ziekenhuis geweest, namelijk op 11, 18 en 21 maart 2014. Om die reden is een vervolg-DOT geopend, aansluitend aan de vorige. De datum van opening van de vervolg-DOT (8 april 2013) is bepalend voor het eigen risico. In dit geval lag de openingsdatum in 2013 zodat de kosten ten laste van het eigen risico 2013 komen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 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 ziektekostenverzekeraar gerechtigd is de bedragen van € 82,12 en € 97,68 bij verzoeker in rekening te brengen in het kader van het eigen risico 2013.

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 door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.8.1 van de zorgverzekering bevat de regeling inzake het eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent.
(...)”*

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),

- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),

- huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,

- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in artikel B30, bij het 7e streepje onder ‘Welke zorg’, is verstreken.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico.

Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast,

daarna het vrijwillig eigen risico. Als Menzis rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Menzis) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Menzis. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Menzis. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat. (...)”

8.4. Artikel B.8.1 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 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.

Het eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. Bzv.

8.6. 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. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaraties.

Aangezien verzoeker een naturopolis 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 mogen weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie.

- 9.2. Door het ziekenhuis is op 9 januari 2012 een DBC geopend, te weten zorgproduct 119499075 met omschrijving: onderzoek of behandeling maag- darm- leverarts (internist). Deze had een looptijd van 90 dagen en werd op 7 april 2012 gesloten. Aansluitend is een vervolg-DBC geopend met een looptijd van 365 dagen. Deze is op 7 april 2013 gesloten. Aangezien de openingsdatum van de DBC bepalend is voor het antwoord op de vraag ten laste van welk jaar de kosten komen, zijn beide DBC's vergoed op basis van de verzekeringsvoorwaarden van 2012 en verrekend met het eigen risico voor dat jaar.

Tussen partijen staat niet ter discussie dat verzoeker op 11, 18 en 21 maart 2014 het ziekenhuis opnieuw heeft bezocht. Genoemde data liggen binnen de termijn van 365 dagen na de sluitingsdatum van de vervolg-DBC, zodat op basis van de Nadere Regel NR/CU-227 'Regeling medisch specialistische zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit correct is gedeclareerd, in die zin dat met ingang van 8 april 2013 door het ziekenhuis wederom een vervolg-DBC mocht worden geopend. Nu de openingsdatum van deze DBC in het jaar 2013 ligt, zijn de kosten op basis van de verzekeringsvoorwaarden van dat jaar vergoed.

- 9.3. Ingevolge artikel B.8.1 van de zorgverzekering is verzoeker in 2013 maximaal € 350,- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Tussen partijen is niet in geschil dat het eigen risico 2013 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 ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht de door middel van een DBC gedeclareerde kosten van medisch specialistische zorg ten laste van het eigen risico 2013 gebracht.

Hetgeen door verzoeker is aangevoerd met betrekking tot de geest van de wet en de bedoeling van de wetgever kan niet leiden tot een andere uitkomst, waarbij nog kan worden aangetekend dat de DBC-systematiek waar een en ander een uitvloeisel van is een wettelijke basis heeft, te weten in de Wet marktordening gezondheidszorg.

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, 28 oktober 2015,

A.I.M. van Mierlo