



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en De Friesland
Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. te Leeuwarden,
Zaak : Eigen risico, onjuiste DBC-code
Zaaknummer : 201403217
Zittingsdatum : 13 januari 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
- 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. te Leeuwarden, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Online Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Budget Online 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. Op 21 maart 2014 werd een bedrag van € 469,32, met als omschrijving "*tweemaal inwendig onderzoek*", ten laste van het verplicht en vrijwillig risico van verzoeker gebracht. Als gevolg van een administratieve fout is het genoemde bedrag gecrediteerd op 17 april 2013. Op 30 juni 2014 werd hetzelfde bedrag met de omschrijving "*orale chemotherapie vanaf 2010*" ten laste van het verplicht en vrijwillig risico 2013 van verzoeker gebracht.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Hierbij heeft hij de ziektekostenverzekeraar verzocht het bij hem in rekening gebrachte bedrag van € 469,32 te crediteren en de beschrijving van de DBC-zorgproductcode in de 'mijn omgeving' te wijzigen (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 30 juli 2014 en 5 februari 2015 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 15 juli 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte € 469,32 van hem vordert (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 16 november 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 november 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 december 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 januari 2016 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is sinds 2010 in het Zaans Medisch Centrum (ZMC) onder behandeling voor "*polycythemia vera*" en gebruikt hiervoor de voorgeschreven medicatie hydroxyurea medac. Op 30 juni 2014 heeft verzoeker een rekening van € 469,32 ontvangen met als omschrijving "*orale chemotherapie vanaf 2010*".

De bijbehorende DBC-zorgproductcode is 028999035 met omschrijving "*Begeleiding bij de behandeling met chemotherapie bij niet uitgezaaide tumoren, tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij kanker van beenmerg/lymfklieren/lever/milt/zwezerik*". De behandeling van verzoeker betreft echter geen chemotherapie, ondanks dat het gaat om dezelfde medicatie. Er is derhalve sprake van een onjuiste omschrijving van de verleende zorg.

- 4.2. De nota van € 469,32 heeft betrekking op een controlebezoek aan de hematoloog en voorgeschreven medicatie in 2013. Verzoeker komt tweemaal per jaar voor controle in het ziekenhuis. Een dergelijke controle duurt tien minuten om de uitslag van de bloedwaarden te bespreken. De verrichte handeling is duidelijk een andere dan de in rekening gebrachte zorg, aangezien bij verzoeker geen sprake is van behandeling in verband met kanker.
- 4.3. Volgens verzoeker heeft het ZMC ten onrechte een controle afspraak op 3 maart 2014 gedeclareerd, met als gevolg dat hij nu twee keer moet betalen.

- 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. Het ZMC heeft vanaf 2010 bij de ziektekostenverzekeraar opeenvolgende DBC-zorgproducten gedeclareerd. Over de periode van 2 augustus 2013 tot 4 december 2013 is door het ZMC een bedrag van € 469,32 gedeclareerd. Het DBC-zorgproduct is vervolgens gecrediteerd vanwege een verkeerde datum. Op 2 augustus 2013 is een vervolg DBC-zorgproduct geopend dat is gesloten op 14 april 2014. De controleafspraak van 3 maart 2014 is door het ZMC als DBC-zorgproduct gedeclareerd omdat deze afspraak binnen de looptijd valt.

- 5.2. De bijbehorende DBC-zorgproductcode is 028999035. De omschrijving luidt "*Begeleiding bij de behandeling met chemotherapie bij niet uitgezaaide tumoren, tijdens een polikliniek bezoek of dagbehandeling bij kanker van beenmerg/lymfklieren/lever/milt/zwezerik*". Op 3 maart 2014 is tijdens de controle van verzoeker een recept uitgeschreven voor orale chemotherapie in verband met de behandeling van "*polycythemia vera*". De omschrijving van de DBC-zorgproductcode komt overeen met de zorg die verzoeker heeft ontvangen. Chemotherapie kan namelijk ook oraal plaatsvinden.

- 5.3. De soms scheve verhouding tussen de kosten en hetgeen als behandeling wordt ervaren, vloeit voort uit de DBC-systematiek, die is gebaseerd op de gemiddelde kosten van begin tot eind van een zorgtraject. DBC-zorgproducten gaan uit van gemiddeld ontvangen zorg en gemiddelde kosten. Dit houdt in dat de rekening voor de ontvangen zorg soms hoger is dan de werkelijk gemaakte kosten en soms lager. Hoe de DBC vóór 2013 werd gedeclareerd is niet na te gaan, aangezien verzoeker pas na januari 2013 bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd.

- 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 2.12 van de zorgverzekering en 2.10 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 het bedrag van € 469,32 terecht ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 van verzoeker is 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 tot en met 3.24 van de zorgverzekering.

8.3. Op bladzijde 63 e.v. van de zorgverzekering zijn de begripsbepalingen van de zorgverzekering opgenomen. Hierin is onder meer het begrip 'Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)' gedefinieerd en deze definitie luidt:

"Een DBC of DBC Zorgproduct is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die in rekening mag worden gebracht. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die voortkomen uit een zorgvraag van een patiënt. De algemene regel is dat een DBC een maximale duur van een jaar heeft. In sommige gevallen wordt een DBC al eerder afgesloten, bijvoorbeeld 42 dagen na een operatie of 90 dagen na opening van een DBC bij een poliklinische behandeling zonder operatie. Komt de patiënt daarna binnen één jaar weer terug met dezelfde zorgvraag, dan wordt er een vervolgd-DBC geopend. Deze heeft een maximale duur van een jaar. Een DBC-traject omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose, de behandeling en controles. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het einde van de behandeling. Voor sommige DBC's gelden vaste tarieven, vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Voor andere DBC's kan de Friesland afspraken maken met ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en vrijgevestigde specialisten (buiten een instelling) over de in rekening te brengen tarieven."

8.4. Artikel 3.12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat.

8.5. Artikel 2.8 van de zorgverzekering heeft betrekking op het verplicht dan wel vrijwillig eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"a. Verplicht eigen risico

Het verplichte eigen risico is het bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat verplicht voor uw rekening blijft. Voor verzekerden van 18 jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 350,- per kalenderjaar (...)

b. Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillige eigen risico is het met u als verzekeringnemer overeengekomen bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat u naast het verplichte eigen risico voor uw eigen rekening neemt (....)

C. Wanneer is het eigen risico niet van toepassing

Zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico zijn niet van toepassing op de kosten van:

- verloskundige zorg en kraamzorg
- het gebruik van huisartsenzorg. (...)
- nacontroles van de donor na afloop van de periode genoemd in hoofdstuk 3 in het artikel *Transplantaties van weefsels en organen, (...)*
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt
- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de *Wet markt-ordering gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatie-bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg);*
- door *De Friesland gecontracteerde internetbehandeltrajecten voor eerste lijns psychologische zorg, als deze worden gevolgd bij een door De Friesland hiervoor gecontracteerde zorgaanbieder."*

8.6. De artikelen 2.8 en 3.12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).


8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Het verplicht en vrijwillig eigen risico is opgenomen in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. Bzv.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

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 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. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ZMC ingediende declaratie. Aangezien het ZMC rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft hij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het verplicht en vrijwillig eigen risico - echter wel voor zijn rekening. De vraag die ter beoordeling voorligt is derhalve of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op een correctie.

9.2. 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 is door hem gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. De zorg die verzoeker heeft genoten, te weten medisch-specialistische zorg, is niet uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico zoals genoemd in artikel 2.8 van de zorgverzekering. Door



het ZMC is voorts tijdig gedeclareerd zodat de ziektekostenverzekeraar terecht tot vergoeding is overgegaan. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de hoogte van het gedeclareerde bedrag.

- 
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft voldaan aan zijn zorgplicht door aanvullende informatie op te vragen bij het ZMC, ten behoeve van het maken van een zorgvuldige heroverweging. Daarbij is hij tot de conclusie gekomen dat het gedeclareerde DBC-zorgproduct correct is. Vast staat dat verzoeker op 3 maart 2014 in het ZMC is geweest voor een controleafspraak. Het ZMC heeft bij de ziektekostenverzekeraar het DBC-zorgproduct 028999035 gedeclareerd. Het betreft een code uit het B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De omschrijving van het genoemde DBC-zorgproduct luidt voor behandelaars als volgt: *"Begeleiden behandeling met orale chemotherapie bij niet-gemetastaseerde tumoren ((neo)adjuvant) | Niet klin | Nieuw lymfoid/hematopoetisch"*. Voor consumenten luidt de omschrijving: *"Begeleiding bij de behandeling met chemotherapie bij niet uitgezaaide tumoren, tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij kanker van beenmerg/ lymfklieren/ lever/ milt/ zwezerik"*. Verzoeker lijdt aan een zeldzame aandoening van het beenmerg en wordt hiervoor door een hematoloog behandeld met medicatie die ook als vorm van orale chemotherapie wordt gebruikt. Hoewel derhalve sprake is van een andere aandoening, kan om voornoemde reden de DBC-zorgproductcode als de meest passende worden beschouwd.

- 
- 9.4. De commissie merkt op dat door het ZMC een vervolg-DBC gedeclareerd met de openingsdatum 2 augustus 2013. Deze vervolg-DBC is gesloten op 14 april 2014. De afspraak op 3 maart 2014 valt binnen dit behandeltraject. Voor het antwoord op de vraag ten laste van welk jaar de kosten komen, geldt dat de openingsdatum van de DBC bepalend is. Deze datum ligt in 2013 zodat door de ziektekostenverzekeraar de kosten terecht zijn verrekend met het eigen risico voor dat jaar. Niet gebleken is dat dit eigen risico reeds volledig werd 'vol gemaakt'. Aangezien de controleafspraak op 3 maart 2014 niet wordt betrokken in de berekening van het eigen risico voor 2014, is van twee keer betalen van het bedrag van € 469,32,- zoals door verzoeker gesteld geen sprake.



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, 13 januari 2016,



A.I.M. van Mierlo