

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B als verzekeringnemer voor G te H tegen C te D vertegenwoordigd door E te F
Zaak : GGZ, DBC, toerekening eigen risico
Zaaknummer : 2011.01434
Zittingsdatum : 14 september 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009 en 2010, artt. 10, 11, 18a (oud), 19, 20 en 23 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, als verzekeringnemer voor G te H hierna te noemen: verzekerde,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker was in 2009 verzekeringnemer voor verzekerde. Met ingang van 1 januari 2010 heeft verzekerde zelf een verzekering tegen ziektekosten afgesloten. In 2009 was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde/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 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Royaal 2009 en [naam gevolmachtigde] Tand inclusief techniekkosten afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 26 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij een bedrag van € 115,83 aan hem verschuldigd is voor het eigen risico 2009 in verband met de zorg die in dat jaar door GGZ-instelling Altrecht is verleend aan verzekerde.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mail van 21 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Vervolgens is nog een aantal keren over en weer gecorrespondeerd.

3.3. Verzoeker heeft met klachtenformulier van 10 juni 2011 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de opname van verzekerde in 2010 niet ten laste van het eigen risico 2009 te brengen (hierna: het verzoek).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 juli 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 augustus 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 september 2011 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzekerde is in 2008 voor geestelijke gezondheidszorg verwezen naar Altrecht. Zijn probleem is in dat jaar gediagnosticeerd en neergelegd in een diagnoseverslag van 11 december 2008. Kort daarna is de (ambulante) behandeling gestart. Een nieuwe diagnose is niet gesteld. In 2010 werd de diagnose echter verfijnd, nadat verzekerde in april 2010 in een crisissituatie belandde. Hij is toen achtereenvolgens in verschillende instellingen opgenomen geweest, waarvan Altrecht de laatste was, en in totaal zes weken klinisch behandeld.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de onderhavige DBC op 6 juli 2009 is geopend. De klinische behandeling heeft echter in 2010 plaatsgevonden. De DBC voor deze behandeling zou dus in 2010 moeten zijn geopend en had ten laste van het eigen risico 2010 moeten worden gebracht. Het is niet aannemelijk dat op 6 juli 2009 een DBC is geopend, zeker nu er na december 2008 geen nieuwe diagnose is gesteld.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar is niet ingegaan op de door verzoeker aangevoerde gronden. Daarom zijn de bestreden beslissing en de heroverweging onvoldoende onderbouwd.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in artikel 23 Zvw is bepaald dat kosten die door een zorgaanbieder in twee opeenvolgende jaren zijn gemaakt en die in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het jaar waarin de zorg is aangevangen. Verzoeker merkt op dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de notatumum verwacht met de aanvangsdatum van de DBC. Het moment van de aanvang van de DBC is 22 juli 2008; dit is de datum waarop de intake heeft plaatsgevonden. Dit blijkt ook uit de ter zitting door verzoeker overgelegde brief. Gelet op het voorgaande zou het onderhavige factuurbedrag kunnen worden toegerekend aan het jaar 2008.
Uit het feit dat de factuur uitsluitend kosten vermeldt van de klinische zorg die in 2010 plaatsvond, moet worden geconcludeerd dat de factuur na de klinische behandeling in 2010 is gedeclareerd. De factuur vermeldt geen kostenpost die op 2009 betrekking heeft. Daardoor wordt niet voldaan aan het criterium dat de zorgkosten van twee opeenvolgende jaren in één bedrag gefactureerd zijn.
De ziektekostenverzekeraar heeft doorgegeven via welke link verzoeker de "Spelregels DBC-facturatie" kan raadplegen. Deze link werkt echter niet. Verzoeker heeft daardoor geen kennis kunnen nemen van dit document. Verzoeker zegt dat er een soort brancheafpraak is gemaakt. Zo'n afspraak ontbeert een grondslag bij of kracht

ten de wet of in de verzekeringsovereenkomst en kan om die reden niet verbindend zijn voor verzekerden.

Verzoeker verwachtte per behandeling een nota, komend voor rekening van de verzekeraar van dat moment. Een zorgverlener kan verschillende nota's versturen. De onderhavige nota heeft alleen betrekking op de klinische zorg, verleend in 2010.

Verzoeker heeft de commissie ter zitting tevens verzocht om vergoeding van de door hem gemaakte porti- en kopieerkosten alsmede van het door hem betaalde entreegeld. Desgevraagd heeft hij toegelicht dat hij ongeveer € 8,-- tot € 20,-- heeft besteed aan porti, kopiëren en dergelijke.

4.5. 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 stelt dat de kosten van zorg worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Indien de zorg in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening is gebracht, zoals bij een DBC, worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is aangevangen. De zorgverlener heeft de DBC op 6 juli 2009 geopend, daarom dienen de kosten van deze DBC te worden toegerekend aan de zorgverzekering die in 2009 ten behoeve van verzekerde was afgesloten en is het eigen risico voor dat jaar van toepassing.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander nagevraagd bij de zorgverlener. De zorgverlener heeft verklaard dat onder de onderhavige DBC zowel de niet-klinische behandelingen, zoals de groepscontacten uit 2009, vallen als de klinische behandelingen uit 2010. Ook uit de "Spelregels DBC-facturatie versie 2009 F 1.0" van DBC-onderhoud blijkt dat voor patiënten die reeds onder behandeling zijn, en die vervolgens als gevolg van dezelfde primaire diagnose te maken krijgen met een crisisopname bij dezelfde instelling, geldt dat de crisiscontacten behoren tot dezelfde DBC als de activiteiten die geregistreerd staan op de lopende DBC.

5.3. Nu de juiste DBC in rekening is gebracht en deze DBC in 2009 is geopend, is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat de kosten hiervan terecht ten laste van het eigen risico 2009 zijn gebracht. Ten tijde van deze declaratie was reeds een bedrag van in totaal € 39,17 ten laste van het eigen risico 2009 gebracht voor de verstrekking van geneesmiddelen. Daarom komt van de onderhavige DBC een bedrag van € 115,83 ten laste van het eigen risico. Hiermee is het eigen risico voor 2009 'vol gemaakt'.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar voornoemde stellingen herhaald. Het verbaast de ziektekostenverzekeraar dat de link naar de "Spelregels DBC-facturatie versie 2009 F 1.0" van DBC-onderhoud niet werkt. Voor deze website is geen wachtwoord nodig. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat voor een DBC het binnen het tijdvak van 365 dagen om verschillende behandelingen kan gaan. Voor deze behandelingen binnen één tijdvak wordt één DBC gefactureerd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker het (restant) eigen risico 2009 ten bedrage van € 115,83 verschuldigd is voor de behandeling van verzekerde in GGZ-instelling Altrecht.

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 12 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 23 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“geneeskundige zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.
(...)”*

8.3. In artikel 2.4 van de zorgverzekering is onder meer bepaald dat indien sprake is van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) de kosten worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

8.4. In artikel 7 van de zorgverzekering is bepaald dat het verplichte eigen risico voor het jaar 2009 is vastgesteld op € 155,-. In dit artikel is onder 5 bepaald hoe het eigen risico moet worden berekend als de zorg het kalenderjaar overschrijdt. Dit artikel luidt:

“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, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee 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.”

8.5. De artikelen 2.4, 7 en 23 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.5, 2.12 en 2.13 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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. Specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang

geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 8.7. In artikel 18a (oud) Zvw is bepaald dat iedere verzekerde van achttien jaar of ouder een verplicht eigen risico heeft van € 155,-- per kalenderjaar.
- 8.8. In artikel 23 Zvw is bepaald dat kosten van zorg worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Kosten van zorg die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is aangevangen.
- 8.9. In de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv is bepaald welke kosten van zorg buiten het verplicht eigen risico vallen.
- 8.10. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling 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 2009 een bedrag van maximaal € 155,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg ten behoeve van verzekerde die ten laste van de zorgverzekering komt. Tussen partijen is niet in geschil dat het dit eigen risico, behoudens een bedrag van € 39,17 voor farmaceutische zorg, niet werd aangesproken. Voorts is onomstreden dat de onderhavige kosten niet vallen onder de zorgvormen waarop het eigen risico niet van toepassing is.
- 9.2. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of de onderhavige DBC terecht op 6 juli 2009 is geopend. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind 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, anders dan door verzoeker is gesteld, wel degelijk een wettelijke grondslag. De DBC-systematiek is op 1 januari 2005 ingevoerd. Met ingang van 1 januari 2008 geldt deze systematiek ook voor specialistische GGZ. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC heeft een maximale looptijd van één jaar. Indien sprake is van een gedurende meerdere jaren doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een nieuwe DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.
- 9.3. Vast staat dat verzekerde in juli 2008 is aangevangen met een GGZ-behandeling. Hiervoor is ook een DBC gedeclareerd door de zorgverlener. Door verzoeker is niet weersproken dat verzekerde na 5 juli 2009 nog onder ambulante behandeling was van de onderhavige zorginstelling. Nu DBC's de looptijd hebben van maximaal 365 dagen, mocht de zorgverlener na ommekomst van die periode, dat wil zeggen met ingang van 6 juli 2009, een nieuwe DBC openen. Aangezien de hiermee gemoeide kosten zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering, en de openingstijden van de DBCB in 2009 ligt, tellen deze mee voor het eigen risico 2009.

- 9.4. Ten overvloede, en uitsluitend ter informatie van verzoeker, zal de commissie nog ingaan op de vraag of de crisisopname in 2010 tot gevolg zou moeten hebben dat tussentijds een nieuwe DBC diende te worden geopend. Uit de "Spelregels DBC-facturatie versie 2009 F 1.0" van DBC-onderhoud blijkt dat bij een crisisopname in dezelfde instelling, als waar de patiënt al zorg ontvangt voor dezelfde primaire diagnose, geen nieuwe DBC mag worden geopend. De crisisopname valt in dat geval onder de lopende DBC.

Schadevergoeding

- 9.5. Verzoeker heeft eerst ter zitting schadevergoeding gevorderd voor de door hem gemaakte kosten voor porti- en kopieerkosten alsmede het door hem betaalde entreegeld. Nu, gezien het voorgaande, in de onderhavige situatie niet kan worden gesproken van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de overeenkomst door de ziektekostenverzekeraar, stelt de commissie vast dat het verzoek om schadevergoeding dient te worden afgewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 oktober 2011,

Voorzitter